

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

682

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-José BARANES

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 7 mai 1940 à Tunis (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

PROPOS SUR LA LIBERTE DANS UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE OUVERT

Président Monsieur le Professeur A. BOURGUIGNON

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-José BARANES

Interne des Hôpitaux de Paris

né le 7 mai 1940 à Tunis (Tunisie)

Présentée et soutenue publiquement le 19.....

**PROPOS SUR LA LIBERTE DANS UN HOPITAL
PSYCHIATRIQUE OUVERT**

Président Monsieur le Professeur A. BOURGUIGNON



A Lisa

A mes enfants William et Sophie

A mon père et ma mère

qu'ils trouvent tous ici
témoignage de mon amour

A tous mes amis



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur BOURGUIGNON

qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

Son Service, vivant et passionné,
m'a souvent permis d'approfondir
les questions posées dans ce travail.

A Monsieur le Professeur Paul SIVADON

qui m'a si volontiers accueilli
à l'Institut Marcel Rivière

Ainsi qu'à tous les soignants de cette institution
grâce à qui ce travail a eu lieu

Au « Pavillon A »

A Jacqueline FRITZ

Son aide me fut précieuse
en témoignage d'amitié

A Geneviève TESTEMALE

avec qui les échanges sont
toujours fructueux

A mes Maîtres d'Externat

MM^r le Dr CHAMPEAU
Pr DAVID
Pr GARCIN
Dr CATTAN
Pr DECOURT
Pr WORMS
Pr DELAY

A mes Maîtres d'Internat

Pr BROCARD
Pr DAVID
Dr SCHWOB
Pr BOUDIN
Pr BUGE
Dr FLAVIGNY

PROPOS SUR LA LIBERTE DANS
UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE OUVERT

« TRANSFORMER LE NEGATIF DU MONDE ASILAIRE EN UNE
INSTITUTION PSYCHIATRIQUE POSITIVE, OU LE MALADE
MENTAL SERAIT TRAITE COMME UN HOMME QUI A LE
DROIT D'ETRE SOIGNE »

BASAGLIA

car « LA SOCIETE EXCLUT DE SOI-MEME ET OBJECTIVE
DANS UN ESPACE LIMITE ET BIEN DEFINI CE QUI POURRAIT
TROUBLER SON EQUILIBRE »

BASAGLIA

Information psychiatrique
Septembre 1969

Plus de vingt ans se sont écoulés depuis le grand mouvement de rénovation des asiles psychiatriques qui, au lendemain de la guerre, avait conduit la plupart des psychiatres français à révéler les aspects totalitaires et concentrationnaires d'institutions dont la fonction de répression et de protection sociale n'est plus à démontrer. De nombreuses expériences furent tentées depuis, avec des fortunes et des tentatives d'élucidation théorique, de réussite intégrale.

En fait, dès lors que le psychiatre refusait de se définir essentiellement comme garant du bon ordre social, et réintroduisait la notion de liberté et d'ouverture à l'hôpital psychiatrique, toutes les difficultés que l'asile avait pour fonction de figer « hors du temps » émergeaient à nouveau.

Pour avoir, durant un an, exercé la fonction de médecin assistant dans un pavillon de traitement spécialisé de l'institut Marcel Rivière, Hôpital psychiatrique ouvert, fonctionnant depuis une huitaine d'années, nous avons été amené à constater les aspects contradictoires de cette liberté retrouvée, aspects que les pavillons de traitement semblent concentrer.

Nous décrirons tout d'abord les fondements idéologiques de l'institution et son fonctionnement de façon extrêmement schématique, notre propos étant simplement de broser à grands traits la toile de fond d'une structure fort complexe. Puis sera rapportée l'enquête qui y fut pratiquée durant le mois de septembre 1969 ; ceci, dans un second temps, nous amènera à exposer les réflexions qui en découlèrent, à la lumière d'une étude bibliographique.

L'INSTITUT MARCEL RIVIERE

C'est entre 1956 et 1960 que fut élaboré le programme architectural de la Verrière, dans le cadre des œuvres sociales de la M.G.E.N. Paul Sivadon rappelle dans différents écrits, les caractères de cet hôpital qui entendait faire bénéficier les malades des progrès de la recherche psychiatrique du moment.

« C'est un équilibre qui est recherché systématiquement à tous les niveaux : non pas un équilibre statique, qui pourrait être obtenu en éliminant tout élément perturbateur, mais un équilibre dynamique, consistant en l'affrontement permanent d'exigences contradictoires, mais dans des proportions telles que le conflit doit être exploité dans un sens thérapeutique, faute de quoi il aurait un rôle désorganisateur ».

Les principes directeurs de l'organisation, tant architecturale que fonctionnelle, étaient de permettre « une multiplicité de situation, offrant à chaque instant, à chaque sujet, des possibilités relationnelles variées, et des incitations évolutives », de telle façon « qu'une mobilisation émotionnelle soit provoquée et que les tensions soient résolues activement, dans le sens d'un plus haut niveau de comportement ». Les situations conflictuelles ainsi créées, représentant symboliquement des situations réelles jusque là insurmontables, deviennent thérapeutiques, car elles ont pu être réduites et objectivées sous une forme concrète, dans le contexte sécurisant de l'institution.

C'est donc en jouant sur les variations de l'espace, de l'architecture, en utilisant diverses formes de relations interpersonnelles à travers des groupes de dimension variée, qu'est rendue possible la rencontre malade-soignant, dans un dialogue de sujet à sujet, tout en protégeant les soignants contre l'angoisse inhérente à cette rencontre même, grâce à divers moyens de médiatisation et au travail d'équipe.

Ni « un hôpital psychiatrique de plus qui serait simplement mieux pourvu », ni « prototype » conçu pour être reproduit tel quel en de nombreux exemplaires, l'I.M.R. a été conçu plutôt comme un « modèle expérimental de psychiatrie sociale hospitalière », c'est-à-dire « considé-

rant le trouble mental dans sa dimension relationnelle ». L'accent y est mis sur les « rapports de l'individu avec son milieu matériel et social » et la thérapeutique orientée vers la réorganisation de ces rapports, ce qui implique « une action non seulement sur l'organisme individuel, mais sur la structure du milieu ».

Cette institution est donc envisagée comme **une communauté thérapeutique** qui va tirer « une part de son action curative, de sa structure matérielle et sociale, et surtout de l'aménagement des relations avec les objets et les personnes, et des comportements individuels et collectifs ».

Il s'agit en effet de « permettre à chacun, en fonction de son rôle et de sa disponibilité actuelle, de choisir la distance à laquelle la rencontre avec le malade mental pourrait s'effectuer de façon efficace et supportable ».

A l'intérieur de cette communauté thérapeutique, le travail des soignants est fondé sur une activité d'équipe. Citons P. Chanoit : « l'ouverture des portes, l'officialisation de l'ergothérapie, les clubs thérapeutiques offrent aux malades un champ de comportement élargi et des possibilités relationnelles multiples. La compréhension dynamique des échanges dans un tel réseau n'est réalisable qu'à partir d'activités synthétiques centrées sur le malade ». C'est donc afin de rendre sa signification au discours et à l'agi du malade qu'apparaît la nécessité d'une équipe de soins, « définie par le malade et conçue comme la constellation de soignants diversement qualifiés, directement concernée par le malade à un moment donné ».

Autre élément important, le recrutement des malades : rappelons que le statut de l'I.M.R. est double : Hôpital psychiatrique privé devant répondre aux besoins de la M.G.E.N. (plus d'un million d'ayant droit en 1968 appartenant à tous les services relevant de l'Education et de la Culture), il fait également fonction d'hôpital psychiatrique public pour un secteur territorial du département des Yvelines, aidé d'un service de consultations externes et d'un hôpital de jour.

Si la réponse à la demande de soins psychiatriques du secteur territorial est totale, il en va différemment en ce qui concerne la clientèle professionnelle : là, en effet, est institutionnalisé le choix des malades « nous disons bien le choix et non le rejet. Nous acceptons tout malade dans la mesure où il peut bénéficier de sa structure du moment sans mettre cette dernière en péril ». Il s'agit, on le voit, de « déterminer la plus grande proportion acceptable de telle ou telle catégorie de malade sans compromettre l'efficacité thérapeutique de l'institution (P. Sivadon). A cet effet, un des Médecins Adjoints a la responsabilité du service des admissions, où s'opère le choix selon :

— des critères administratifs : par exemple - proportion suffi-

samment basse de placement sous la loi de 1838 pour qu'aucune ségrégation n'apparaisse ;

— des critères socio-psychiatriques : âge, sexe, catégorie nosographique (névrosés, psychotiques) et formes morbides (agités, suicidaires) « tant qu'il n'existe dans l'établissement que 2 ou 3 agités incontrôlables par les médicaments, on peut, en réduisant ou en élargissant leur espace de comportement, les maintenir sans dommage. Si la proportion était plus forte, on devrait réinventer le pavillon d'agités, dont on sait qu'il est un pavillon malade » (P. Sivadon).

Les 300 lits de l'hôpital sont répartis en 10 pavillons de 30, regroupés en 3 villages. Outre les pavillons et les multiples ateliers d'ergothérapie, le visiteur découvre rapidement 2 pôles géographiques importants :

— le centre social, subdivisé en une partie hôtelière (cuisine, salle à manger, cafétéria) et une partie culturelle (bibliothèque, salle de théâtre, etc...) ;

— le centre médical, où sont concentrés toutes les installations techniques. Les pavillons de traitement qui sont à l'origine de ce travail y sont annexés. Voici leur description par P. Sivadon et P. Chanoit : « Ils comportent chacun 15 lits, en 2 niveaux et sont dotés d'un équipement technique poussé. Au 1er étage de chacun d'eux un système de conditionnement assez complet (température, fond sonore, etc...) permet d'organiser une vie artificielle (en vue de cures de sommeil collectives par exemple)... Ces pavillons communiquent par couloir souterrain, et ascenseur, avec le pavillon médical et sont destinés à accueillir les malades ayant besoin de soins assidus, ou de techniques médicales très poussées.

Voyons la **définition théorique** de ces unités telle qu'elle nous fut donnée par la direction médicale :

1°) « Lors de la conception de l'hôpital, les pavillons A et B ont été conçus en fonction de raisons différentes et superposées. D'une part, il s'agissait de suivre la réglementation de l'époque, qui d'ailleurs est encore valable, à savoir, de séparer service ouvert et service fermé ; alors que dans les hôpitaux traditionnels il y a un grand service fermé et un petit service ouvert, nous avons admis qu'il y aurait un grand service ouvert (c'est-à-dire tout l'hôpital) et un petit service fermé, qui serait, en plus de l'hôpital, les pavillons A et B. La première fonction est donc réglementaire, service fermé séparant en deux unités distinctes les hommes et les femmes ».

(Nous verrons que dans la pratique, les placements d'office sont répartis dans toute l'institution et la mixité généralisée).

2°) « La seconde fonction est d'ordre technique, concentrer dans la zone médicale quelques lits d'hospitalisation permettant des utilisations techniques particulièrement délicates, en particulier l'isolement des malades difficiles, et le traitement en petits groupes à l'aide de techniques telles que l'insuline, la cure de sommeil ou autres méthodes ».

Ceci impliquant une forte densité de personnel (9 infirmières pour 15 malades contre 7 dans chaque pavillon de 30 patients). Il s'agit donc là de pavillons de « prise en charge intense » de « pavillons gadgets à haute dotation technique », (réanimation, conditionnement d'air, sonorisation, vitres incassables et portes coulissantes permettant les activités de groupe - souterrain et monte-malade assurant la liaison avec le pavillon médical).

3°) La troisième définition est d'ordre économique : les 30 lits servent de « volant », de « vase d'expansion » assurant une certaine souplesse dans l'occupation de l'hôpital qui peut fonctionner à plein avec 300 lits et disposer de 30 lits supplémentaires en cas d'hospitalisation urgente.

Contrastant avec cette netteté de définition théorique, l'histoire des pavillons de traitement nous paraît bien refléter leur « difficulté à être ». C'est à partir de 1963, la capacité de l'institut atteignant 200 lits, que les deux pavillons commencent à se spécifier. Auparavant, ils ont fonctionné comme des pavillons normaux. A partir de là, et avec une constance remarquable le pavillon A devient le pavillon des cures de sommeil, le pavillon B celui des cures d'insuline.

Cependant, très vite, les deux pavillons vont osciller d'une perception très positive (seul endroit valable pour un maternage intensif ou pour la maîtrise d'un certain type d'agitation) à une perception caricaturale (pavillon d'agités, lieu d'internement) entraînant des indications thérapeutiques aberrantes (malade envoyé en urgence parce que refusant une injection I.M.). A certaines périodes, ils serviront soit à recueillir les urgences, en particulier le week-end, soit à y mettre tous les malades internés sous le régime de la loi de 1838. Tout au long de cette évolution surviendront, surtout au pavillon A, des effondrements brusques des équipes (instabilité, absentéisme, mobilité des infirmières) coïncidant en règle avec le départ d'un médecin responsable du pavillon.

Lorsque fut pratiquée l'enquête qui va suivre, une nouvelle formule avait été adoptée depuis un an environ : il s'agissait de l'admission directe d'entrants dans ces pavillons dans la proportion de 1/3 des lits environ ; jusque là, le recrutement se faisait uniquement par transferts d'autres pavillons ou par hospitalisations d'urgence. Cette mesure, demandée par les équipes des deux pavillons afin de modifier leur ambian-

ce sociothérapique et d'éviter leur situation de ségrégation, fut acceptée par la direction d'autant plus facilement qu'elle favorisait la solution de difficultés financières temporaires en permettant une occupation quasi totale des lits de l'Hôpital.

MOTIVATIONS DE L'ENQUETE

Il s'agissait à travers ce travail :

— De préciser la signification des multiples tensions existant entre les équipes soignantes de ces 2 pavillons et le reste de l'institution. Ces tensions, constamment latentes, réapparaissaient avec netteté lorsque survenait l'éventualité du transfert d'un malade dans un de ces pavillons. Elles se traduisaient, le plus fréquemment, par une insatisfaction globale, tant intra-, qu'extrapavillonnaire, souvent responsable alors d'un blocage des échanges dans le réseau institutionnel.

— Aussi le rôle de ces pavillons ne semblant pas correspondre à l'attente de l'institution, il nous a paru utile d'apprécier l'utilité et la fonction que pouvait assurer une unité de soins distincts, différenciée à l'intérieur d'un ensemble hospitalier ouvert, fondé sur les concepts de communauté thérapeutique.

— Enfin quelle articulation y avait-il entre ces pavillons et l'application des méthodes libérales dans l'institution ? En étaient-ils les garants ou ne rendaient-ils pas illusoire, au contraire, la liberté que ces méthodes tentaient d'introduire, ceci nous conduisant ultérieurement à préciser les limites de cette liberté dans un hôpital ouvert, et son sens.

METHODOLOGIE

— 49 interviews furent menées à l'extérieur des deux pavillons. Les personnes interviewées appartenaient à toutes les catégories de personnel de l'institution.

Une analyse statistique des résultats n'ayant pas été envisagée, la représentation par catégorie fut la plus large possible, sans toutefois être

strictement proportionnelle au nombre d'employés dans chacune d'elle. Les personnels non soignants (administration, secrétaires, standardistes, veilleuses de nuit, serveuses, femmes de ménage) furent interviewés au même titre que les différents soignants (direction médicale, médecins adjoints et assistants, infirmières, ergo-socio-kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales).

Nous avons adopté pour les entretiens, la méthode des interviews libres, à partir de 4 questions, toujours semblables, nous contentant, le cas échéant, de faire préciser tel ou tel point restant obscur dans le discours, tout en nous efforçant au maximum de ne pas induire les réponses qui nous étaient données (ne pas méconnaître le caractère subjectif de tels entretiens eut au moins l'avantage de nous inciter à la vigilance).

Signalons que parallèlement à ce travail d'interviews extrapavillonnaires, notre collègue Mme J. Fritz, psychologue attachée aux deux pavillons de traitement, entreprit une enquête à l'intérieur de ces pavillons : ceci permettait d'apprécier la façon dont les deux équipes vivaient leur pavillon, leur mode de travail, ainsi que l'image qu'ils pensaient donner à l'institution (évaluation de la perception de ces pavillons par l'institution). Ce second travail est actuellement en cours ; nous nous contenterons donc d'en signaler ultérieurement les premiers résultats.

Enfin, après avoir envisagé de pratiquer une enquête analogue parmi les malades hospitalisés à l'I.M.R. ou ayant été transférés dans ces pavillons, nous y avons renoncé devant le caractère éventuellement traumatisant de tels entretiens pratiqués par un des médecins traitants de l'institution.

En effet, la majeure partie de cette enquête fut pratiquée par le médecin assistant d'un de ces deux pavillons, ce qui forcément inscrivait ces interviews dans une relation pré-existante ; deux points particuliers nous semblaient importants :

a) Quel était le vécu de la demande d'interview ?

L'habitude des enquêtes semble suffisamment établie à l'I.M.R. pour que nous n'ayons eu aucune difficulté à pratiquer celle-ci. Par contre, rares ont été les interviews ne se terminant pas par la question : « et maintenant qu'est-ce que vous allez en faire », bien que nous ayons constamment annoncé que cette enquête était destinée à une recherche personnelle. Une seule fois, une éventuelle collusion avec la direction de l'institution fut évoquée, à travers la crainte que l'enquête ne débouche sur la suppression de ces pavillons « pourquoi, on veut les fermer ? j'espère qu'on ne va pas les supprimer... ».

b) Dans tous les cas, notre rôle institutionnel de médecin d'un des pavillons en cause exposait forcément à une distorsion des réponses

- soit dans le sens d'une gratification écrasant toute possibilité de critique,
- soit, plus difficilement peut-être, dans le sens d'une agressivité excessive du fait de l'existence d'interrelations antérieures. En effet, un certain nombre des cas de malades cités avaient fait l'objet de discussion de transfert dans notre pavillon, et donc de contacts directs ou indirects avec les personnes interviewées.

Au niveau du dépouillement, il n'a pas été procédé à l'analyse statistique des résultats, mais beaucoup plus à un essai de dégagement des grandes « lignes de pensée », remarquablement constantes d'un entretien à l'autre, ainsi que des oppositions pouvant s'y marquer, particulièrement en fonction des catégories professionnelles. Là encore, il nous faut insister sur le caractère subjectif d'une telle démarche ; nous l'avons cependant maintenue devant la remarquable concordance entre nos résultats et le dépouillement d'une première fraction d'enquête par notre collègue Mme Fritz.

- 4 questions furent posées à l'extérieur des pavillons, concernant :
- la perception, au sens le plus large, de ces pavillons,
 - les cas précis de transferts de malades et leur déroulement ;
 - le rôle attendu de la part de ces pavillons, compte tenu de leur perception et de la structure institutionnelle,
 - enfin, les critiques particulières concernant leur fonctionnement actuel, cette dernière question permettant d'orienter l'interview sur la réaction aux modifications récentes de ces pavillons.

RESULTATS DE L'ENQUETE

Il nous a paru plus expressif de mêler au fur et à mesure nos propres interprétations aux résultats de l'enquête, en décrivant successivement la perception :

- des pavillons et de leur fonction
- du mode de travail pratiqué
- des soignants puis des malades du A et du B
- enfin la description des transferts.

I. - PERCEPTION DES PAVILLONS ET DE LEUR FONCTION :

1) D'emblée est précisée la situation géographique particulière.

Elle apparaît à travers les termes d'« organisation à part, en dehors de l'hôpital sur le plan géographique ». « C'est quelque chose de tellement loin. On n'a pas tellement connaissance de leur existence ». Ils sont loin, à part, en dehors, derrière, au bout du monde. « Ce sont des pavillons qui sont perçus en dernier lieu dans l'institution. On perçoit d'abord les autres pavillons, les deux étant séparés par le bloc administratif ». « Ils sont séparés de nous, ils ne font pas partie des autres villages, c'est un clan tout à fait à part ».

Dans cet isolement intervient certes la position géographique, mais très tôt percent les implications affectives. Comme nous le verrons, on reproche aux soignants de ces pavillons de se ségréger eux-mêmes, alors que par ailleurs les équipes soignantes extérieures admettent que pour elles « c'est le bout du monde sauf quand on a des difficultés », l'évocation de ces pavillons renvoyant à des aspects désagréables qu'on préférerait oublier.

— Les dispositifs architecturaux particuliers sont cités rapidement. Par contre, on insiste beaucoup sur la proportion importante de soignants pour un petit nombre de malades, sur la restriction d'espace, et les possibilités d'isolement, d'insonorisation (remarquons qu'à l'entrée de chacun des pavillons est affiché le panneau « silence, cure de sommeil »).

Mais isolement et fermeture sont vécus de façon contradictoire : salulaire « le malade cadré, donc à l'abri » mais gênante « vu d'ici, ça semble trop fermé » « on n'en entend pas parler sauf quand quelqu'un va s'y faire enfermer ». C'est « le pavillon où on boucle les cas difficiles ». Plus précisément on nous dira « un pavillon fermé, c'est le début de l'hôpital psychiatrique traditionnel ».

2) La fonction des pavillons est de deux ordres : lieu de soins spécifiques, hautement techniques ainsi que zone de sécurité, voire de bouclage des cas difficiles.

a) Utilisation de moyens techniques particuliers :

Il s'agit là d'une définition médicale « la clinique de l'hôpital », tout d'abord lieu où sont pratiquées cures collectives d'insuline et de sommeil.

« Les cures donnent au pavillon un rôle plus central ». Elles sont pratiquées dans « des conditions sérieuses ». C'est un « moyen de traiter » - alors que dans les autres pavillons mettre en cure de sommeil ou d'insuline est vécu comme un échec « dans les pavillons de 30 ça ne paraissait pas sérieux ». Les cures permettent « de faire attention à eux (les malades), d'avoir plus de contacts ».

L'insuline est particulièrement valorisée, objet de curiosité pour les plus jeunes, d'implication affective pour ceux qui y ont déjà participé. Il semble s'agir là du réel rôle de maternage, de la responsabilité plus grande de l'infirmière, de la nécessité d'un travail d'équipe permanent autour du malade en cure.

Ce « respect » de la cure est encore plus nettement exprimé par le personnel non soignant pour qui la « cure » (notion qui englobe alors le pavillon) est entourée d'une auréole de mystère, véritable sujet tabou : « on nous dit, celui-là, qui était très difficile, vous ne l'avez plus, il est à la cure. C'est là qu'on sent que la cure c'est une chose et nous une autre. Quand ils disparaissent à la cure, on n'en entend plus parler. On aimerait bien poser des questions, on ne nous dit rien. Même quand on interroge certaines personnes, les responsables de pavillons, on nous dit « oh nous... ». « On ne parle pas de ces choses là..., on nous dit que quelqu'un est parti sans savoir où... » (interview d'une veilleuse de nuit).

De même, les pavillons de traitement sont le lieu de « soins plus intensifs »... « sortant de l'ordinaire », on y utilise « les grands moyens », par exemple « les électrochocs qui font régresser », les neuroleptiques à fortes doses.

De fait, l'attitude face à ces moyens médicaux apparaît très ambivalente :

— Certains regrettent la rareté actuelle des cures. « A l'époque, c'était les pavillons de traitement... Ils avaient un rôle plus central »... maintenant « ils sont beaucoup plus marginaux, car on y fait moins de cures »... « maintenant on y met les gens... les plus gros malades et ils y séjournent ». Une infirmière nous dit également « il me semble qu'on rejette ici certains traitements qui pourraient être utiles. On les craint ou on les rejette... J'ai beaucoup voyagé et je suis surprise de voir ça ».

— Pour d'autres, il ne s'agit là que d'un traitement symptomatique ne remettant nullement en cause les problèmes profonds, et ne répondant pas à leur attente de la pratique psychiatrique.

Plus encore, on peut noter, sous-jacente, une certaine culpabilité devant le recours à ces traitements biologiques. « On est obligé d'en arri-

ver là... c'est comme les électrochocs ». Cette culpabilité renvoyant aux fantasmes agressifs et aux fantasmes de mort que peuvent réveiller ces thérapeutiques « actives » par l'intermédiaire d'une dissolution de la conscience, d'une régression ou d'un coma. Ceci rendrait bien compte du caractère mystérieux et tabou que peut revêtir la mise en cure biologique.

Dernier rôle technique attendu de ces pavillons : la surveillance médicale de malades posant des problèmes cliniques ou biologiques (cardiaques, urémiques) dont la surveillance, notamment nocturne, était difficile ailleurs et pouvait nécessiter un transfert en hôpital général.

b) **Le 2e rôle est celui de zone de sécurité** permettant surveillance, contrôle, voir « bouclage ».

— C'est ainsi qu'on insistera tantôt sur leur rôle dans l'hospitalisation des urgences médicales ou psychiatriques, « ça existe dans tous les hôpitaux, un service d'urgence »... « quant à l'admission, il y a une certaine dose d'anxiété, on va vers le A et le B ».

— Ailleurs, c'est le caractère rassurant du « cadrage » qui est mis en avant. « C'est une certaine forme de sécurisation de boucler un malade agité, car il a lui-même peur de ce qu'il peut faire » le terme même de « cadrage » du malade est très souvent repris dans les interviews et fait d'ailleurs partie du langage courant de l'institution souvent opposé au risque de « dispersion » pour le malade.

— L'on souligne la nécessité de surveiller et d'isoler certains malades agités, suicidaires, « les malades dont le comportement perturbé est aggravé par l'entourage », grâce à des mesures qu'il ne semble pas possible d'assurer dans un pavillon ordinaire.

Là, deux ordres d'arguments sont avancés, nullement contradictoires :

— Problèmes matériels, liés au nombre insuffisant d'infirmières, à l'absence d'infirmiers, aux conditions architecturales des pavillons.

« Les pavillons seraient très anxieux s'ils n'étaient pas là - avec le nombre d'infirmières, les portes ouvertes, les trois sorties (de chaque pavillon) ; là, il n'y a qu'une sortie ».

— Mais derrière ces arguments perce la règle fondamentale de liberté qu'il ne faut jamais enfreindre. « C'est le seul pavillon où on boucle - ailleurs on ne veut pas. Sivadon ne veut absolument pas qu'on ferme les portes, c'est une des règles ».

Cette règle fondamentale de liberté est d'ailleurs mise en cause à propos de certains patients « ces pavillons sont plus indiqués pour les

jeunes caractériels inadaptés. Les pavillons de 30 sont trop libres. Ils sont perdus, non cadrés. La structure de l'institut est trop libre »

ou encore :

« Avec le structure de la maison, les pavillons A et B sont indispensables dans leur mode actuel, du fait de la structure, du personnel, de la liberté qu'on donne à tout le monde. Il me semble qu'un peu plus de rigidité dans le fonctionnement de la maison amènerait certainement des améliorations. Je pense surtout aux éthyliques pour lesquels on n'intervient pas immédiatement et qui ont fait la reconnaissance des cafés du coin pour s'y imbiber fortement. C'est surtout pour une certaine catégorie de malades, je pense que l'établissement est beaucoup trop libre, alors bien sûr on est bien content de retrouver à certains moments les A et B où c'est un petit peu plus rigide ».

Cette opinion, exprimée par un moniteur d'éducation physique amené à intervenir lors de troubles du comportement, semble souvent latente et violemment culpabilisée cependant par d'autres soignants pour qui un pavillon fermé représenté déjà l'hôpital psychiatrique traditionnel et le retour à toutes les pratiques asilaires.

La peur du recours à la force, à la contrainte, est nettement exprimée dans le récit suivant fait par une infirmière en stage : on a eu un malade, un maniaque, on a pensé un moment à l'envoyer au A... on n'était pas d'accord. Finalement, on l'a envoyé en hôpital psychiatrique. Il a été interné et ligoté de force... ils étaient 5-6 à le ficeler. C'était pas très catholique... Ce procédé m'a choquée dans un hôpital psychiatrique ordinaire. J'ai travaillé 6 ans dans un hôpital psychiatrique, et des choses comme ça, ça me semblait gros pour ici...

Enfin, si on reconnaît que grâce au passage au A B, « ça fait moins de ramdam pour l'institut », « il ne faudrait pas que ça soit vécu par le malade comme une punition »... où « on se débarrasse du malade et on est tranquille ». On se défend là d'un désir pourtant clairement exprimé ailleurs par une secrétaire de direction : « Ce sont les malades revendicants des autres pavillons qui viennent me voir, ils ne sont pas contents, ils ont la possibilité de sortir, tandis que ceux du pavillon de traitement quand ils sortent vous leur courez après, avant qu'ils sortent. Les autres, ils viennent gueuler auprès de C... ».

II. PERCEPTION DU MODE DE TRAVAIL :

Elle est diverse, souvent opposée d'un interview à l'autre ou au cours du même entretien.

1) Les pavillons sont vécus comme privilégiés, plus gratifiés, ayant plus de personnel pour moins de malades :

a) « La prise en charge du malade est beaucoup plus complète, davantage en relation duelle... ils (les soignants) ont plus de temps, plus de chance de faire un meilleur travail... on est plus sur les malades, plus attentifs à leurs faits et gestes ; dans les autres pavillons, on peut cubier un malade qui ne pose aucun problème... ».

Surveillance, protection, proximité, intensité des relations affectives soignant-soigné sont soulignées :

« Les malades sont **sous l'œil** du soignant ; on les voit plus, on s'en occupe plus ».

« Une infirmière peut consacrer une matinée à le promener, le distraire. On commence par les petits jeux et on finit par avoir des contacts et discuter avec lui... »

Ils sont plus en famille, en sécurité... les infirmières les gardent bien à côté d'elles, les protègent, les suivent de plus près... On arrive beaucoup plus à s'approcher ».

« C'est une équipe qui s'intéresse peut-être davantage, qui vient à l'atelier avec le malade ».

« Les infirmières sont plus attachées à leurs malades. Ailleurs, elles diront : débarrassez-nous en ».

Ce mode de travail est ainsi comparé à celui des autres :

« Dans les pavillons de 30, on est un peu avec tout le monde et avec personne. C'est superficiel. On reproche d'être des distributeurs de pilules, des machines à distribuer et à prendre la tension »... « On a l'impression, pourtant ce n'est pas grand, que les pavillons de 30 c'est quand même beaucoup étant donné la façon dont on voudrait travailler ici ».

On note « le travail est plus structuré, tout y est réglé, minuté », ce qui va jusqu'à entraîner l'étonnement quand les soignants ne savent pas tout - à propos d'un problème de régime, la dététicienne signale « j'avais l'impression que je le faisais découvrir à l'équipe, ça m'a plus étonné que d'un autre pavillon ».

b) Parallèlement, on insiste sur la cohésion du groupe soignant « entre soignants, les relations sont plus faciles et plus claires. On s'écoute, on s'entend - dans les autres pavillons, il y a des trucs ahurissants. C'est plus cohérent dans les renseignements qu'on donne ».

« Les infirmières se tiennent plus les coudes que dans les autres pavillons, peut-être parce qu'il y a plus de difficultés, qu'elles vivent

plus ensemble. Le médecin est plus proche, le travail plus serré du point de vue analyse.

c) Enfin, on leur reconnaît de réelles capacités techniques. « Il y a moins de panique - ailleurs, ils font systématiquement de l'oxygène pour n'importe quoi. Dès qu'il y a quelque chose, c'est d'abord la panique, après on commence à s'organiser ».

2) Cependant, cette description très positive, quasi idéale d'un travail psychothérapique réel, favorisé par une bonne communication inter-personnelle, laissant peu de place au flottement et à l'angoisse, travail où tout est minuté, réglé, analysé, est tempéré au cours des mêmes interviews, et souvent même d'une phrase à l'autre, par un 2e volet :

« Les gens n'y sont pas satisfaits, les équipes circulent, ne sont pas très stables... on ne doit pas y mettre les gens d'office... je n'aimerais pas, j'aurais l'impression de m'y ennuyer, c'est beaucoup plus du tête à tête... 8 heures par jour avec un ou deux malades ».

« Pavillons très lourds, difficilement vivables. Les relations sont trop proches et trop profondes. On ne peut s'aérer sur un autre malade... » « Ce n'est pas gratifiant, on donne beaucoup, sans recevoir, dès qu'ils vont un peu mieux, on les recolle dans un pavillon de 30... » « les équipes sont priées de colmater un comportement difficile et de rendre le malade »... « On avait des petits morceaux ou alors c'était vraiment un malade difficile et il n'était pas question de le repasser ». Quant aux soignants : « ils ont des difficultés à rendre leurs malades. C'est évidemment beaucoup moins intéressant... quand on regarde l'intérêt du malade ou celui du personnel... ».

« La tentation c'est de se réunir pour discuter vacances, chiffons, et de mettre les malades de côté... rester toute la journée sans rien faire, à regarder un malade, un ennui et un désintérêt total... le point de vue des malades se recoupe avec ça... ils se sentent mis à l'écart et se heurtent toujours à des réunions d'infirmières dont le prétexte est toujours le travail... ils ont toujours l'impression de traduire le soupire de l'infirmière et de se sentir un peu rejetés... ça paraît spécifique pour le A et le B... ».

Bien plus, la dénomination « pavillon de traitement » est elle-même contestée par quelques personnes : « l'appellation devrait être revue. On peut comprendre n'importe quel pavillon de 30... » « Pourquoi les appeler pavillon de traitement, les autres on ne fait rien ? du gardiennage ? même pour le malade ce n'est pas tellement efficace ».

3) Dernier aspect du groupe soignant : son repli sur lui-même.

« Les infirmières sont moins connues, sortent moins de chez elles.

Les autres infirmières peuvent se ballader... » - Le pavillon « est sectaire, à part. Les infirmières ne se mélangent pas tellement. On ne les voit jamais au self... » « on a rarement l'occasion de discuter, de voir les infirmières des pavillons de cure ».

« Ils se ségrègent d'eux-mêmes, se considèrent à part, réagissent violemment à certaines choses, se vivent comme le dépotoir, le lieu de tous les gars emmerdants ».

« Je crois qu'ils ont du mal à percevoir le reste de l'institut, à faire partie du reste. » « Ils ont rarement le temps, sont difficiles... impatients... très occupés... ».

Parallèlement, on s'en ressent exclu : « on ne tient pas tellement à ce que d'autres gens s'introduisent. C'est une chose privilégiée. On travaille bien ensemble, il n'y a pas de raison pour que d'autres gens viennent perturber ça »... « Je ne me suis jamais sentie invitée, j'aurais l'impression d'y être comme une intruse... ».

Milieu excluant autant qu'exclu, qu'on sent en difficulté : « Ce sont des gens qui ont plus besoin de parler ailleurs », mais pourtant ne voulant pas rendre un service, coopérer (ce problème se pose particulièrement la nuit puisqu'une infirmière de nuit est spécialement affectée aux 2 pavillons alors qu'une seule équipe assure les soins infirmiers dans le reste de l'institut).

III. « LES GRANDS MALADES » ou « MALADES DIFFICILES »

Bon nombre d'interviewés ont pu constater en cours d'entretien, et souvent en s'en étonnant, l'existence d'attitudes spontanément ségrégatives, face à ces malades :

— d'une façon générale on considère qu'ils ne sont pratiquement jamais seuls, même en atelier, mangeant dans leur pavillon. La représentation la plus caricaturale est fournie par le personnel non soignant :

Ce sont les malades « les plus dangereux » « on arrive à les connaître, on les situe tout de suite, ils ne sont pas pareils... » ailleurs : ils sont tous pareils, mais c'est peut-être l'effet du traitement... Ils sont frappants... Ils ont des signes ou un pull comme ça... un régime alimentaire spécial... ils sont rarement seuls... s'échappent nus sur la route... ils peuvent s'échapper, se libérer, on nous téléphone ».

Par opposition, « ceux qu'on a là, ils ne donnent pas l'impression d'être malades ». C'est aussi l'avis d'une secrétaire : (les pavillons de traitement) « équilibrent dans un centre qui se dit hôpital, s'il n'y avait pas ces pavillons, l'institut ferait beaucoup plus maison de repos... ».

« On se méfie des gens comme ça, quoique les pensionnaires ont toujours été très corrects ». « Ça refroidit, on ne sait jamais la réaction qu'ils vont avoir ».

Heureusement face à ces dangers, il y a « la cure » où on nous dit que « le travail est plus dur, on n'y va jamais seule - c'est plus sale ».

Ailleurs : « je les situe tout de suite par leur comportement. Par exemple, Melle R., on téléphone au A.B. ; sans savoir qu'elle était là bas, j'ai appelé ».

Pourtant, on nous dira plus loin que « des phénomènes comme Melle B. il y en a dans les autres pavillons aussi » - « les autres malades vont beaucoup plus seuls, à part ça leurs demandes sont égales. Je ne vois pas qu'ils soient venus demander des choses extraordinaires (employée du bureau postal) ».

Pour l'animateur culturel « les malades y vont plus mal, il ne faut pas les solliciter pour qu'ils se dispersent. Moi je me rends plus disponible a priori... on est prêt à leur apporter plus... quand un pensionnaire qui vient de ces pavillons arrive à avoir un comportement normalisé, j'éprouve plus de satisfaction... en parallèle, il y a une certaine méfiance, un préjugé... un à priori ; il faut voir... ».

De même, on nous signale les difficultés relationnelles entre les malades, absolument superposables à celles des soignants.

D'un côté les pensionnaires du A.B. « sont très sensibles et même susceptibles quand on oublie de nommer le A et B aux réunions institutionnelles, ils sont un peu des pestiférés ». D'où leur désir de participer aux activités institutionnelles pour avoir droit de cité, par exemple, lors du pliage du journal inter pavillon « à l'origine les pensionnaires avaient déchargé les pavillons A. et B. de cette tâche ».

« Dans les jeux, ils mettent un point d'honneur à faire mieux que les autres. Ils gagnent souvent et ont souvent le plus grand nombre de participants. Ils disent « on va leur montrer ce qu'on est capable de faire, les gros malades ».

En face, les autres patients ont l'air de dire « là bas, c'est les fous, les vrais. Il y a un certain rejet ou un excès de précautions ce qui revient au même. Ils sont plus conciliants, parfois, c'est un peu lourd,

un peu subi. Quand un pensionnaire gêne trop par ses cris, attitudes, gestes, il arrive que les pensionnaires eux-mêmes demandent à ce qu'il soit passé au A.B. Ça peut correspondre à un souci d'aide, mais aussi à protéger la Société... ».

La disponibilité des pensionnaires responsables de l'Association Mutualiste à la demande de ces pavillons, s'exprime également par des aides matérielles (réparation gratuite des électrophones, argent pour faire une petite fête...).

En définitive, c'est le pavillon des malades difficiles ou dangereux les autres disent « il faut en avoir un bon coup pour être là. Ceux des autres — pavillons — ne sont pas malades, ceux du A.B. sont vraiment malades ».

S'il est indiscutable que l'appartenance même aux pavillons A.B. entraîne des attitudes, soit de peur avec tendance à contacter au plus vite le pavillon, soit au contraire de surprotection, par contre il a été très difficile de cerner plus avant cette notion de malade « difficile, lourd, régressé », difficulté que nous retrouverons lorsqu'il s'agira de parler des transferts et de leur indication.

IV. LES TRANSFERTS

Sans doute doit-on souligner d'abord un glissement de sens, le transfert de malade ne se concevant initialement que comme passage d'un hôpital à un autre, et non pas à l'intérieur d'un même centre hospitalier. Ce glissement pourrait servir de prélude à toutes les difficultés de communications abordées maintenant.

Le transfert, tel qu'il apparaît à travers les interviews, est vécu très différemment selon la catégorie socio-professionnelle de l'intervué :

Epreuve affective très conflictuelle pour les équipes donnant et recevant ce malade ; à mesure qu'on avance dans la hiérarchie et qu'augmente la distance au malade, les commentaires deviennent plus intellectualisés et situés sur un plan technique. C'est particulièrement le cas des médecins adjoints, du groupe de direction médicale et des surveillantes.

Une 1^{ère} description des transferts est donnée par les membres de ce groupe (surveillantes, directeur-clinique) dont l'intervention

est suffisamment fréquente pour témoigner des difficultés surgissant entre les 2 équipes.

Pour eux, le transfert se fait toujours « dans un climat d'intensité émotionnelle un peu au-dessus de la normale de part et d'autre ». C'est toujours « très urgent... dans une atmosphère de crise... de panique et de culpabilité dans l'équipe qui se séparait... au point que c'était souvent la nuit ou le week end que se faisait le transfert ».

Autrement dit, pour la surveillance générale « quand il fallait passer un malade, c'était une telle corrida que les équipes se rencontraient dans mon bureau ».

La décision de transfert est souvent floue « on ne savait jamais très bien... devant l'angoisse de l'équipe, le médecin de garde décidait. L'équipe faisait pression bien entendu »... « dans le cas où Médecin Assistant et Adjoint étaient au courant, ça simplifiait les choses, mais il y avait une mauvaise acceptation des équipes ».

Le médecin Directeur clinique est parfois impliqué ; « quand le cas est difficile ou dramatique, j'ai l'information du médecin adjoint sur un mode technique, j'ai l'appel secondaire du médecin assistant qui n'est pas d'accord, puis l'écho de l'infirmière responsable de l'équipe qui appelle au secours ». « La notion de transfert est mal vécue dans l'institution. Elle me paraît à la fois être vécue par le pavillon de traitement comme une intrusion dans un programme établi, et au niveau du pavillon comme le constat d'un échec ». Alors « on attend que les gens soient à bout pour prendre une mesure ».

Faisant écho à cette description, toutes les interviews d'infirmières décrivent les difficultés de ces transferts :

« C'est toujours désagréable d'entendre un médecin dire « si ça ne va pas on passe au A.B. »... « on n'accepte pas facilement de transférer un malade », alors « ça se décide souvent en l'absence de l'infirmière responsable du malade », en tout cas « ce n'est pas de gaité de cœur ».

Le transfert évoque toujours échec et culpabilité « c'est la reconnaissance de l'impuissance à le traiter ». « On veut les garder pour ne pas abandonner... on préfère après savourer sa victoire ».

Pour le malade transféré, on redoute le choc affectif résultant de la rupture avec sa collectivité, ou qu'il ressente une réaction de rejet : « quelquefois on croit qu'on a créé des liens qui risquent de perturber le malade, mais je crois que c'est notre fantasme. Si le malade transfère sur une équipe, il recommence sur une autre de la même façon ».

« Le transfert, ça sert à rattraper une situation, à faire ce qui aurait dû être fait au départ, un traitement énergique... si on avait pris des mesures dès le départ... ».

Les indications du transfert apparaissent particulièrement floues :

Certes, on cite les grands agités, les maniaques, les suicidaires, les anxieux, mais il s'agit en fait moins d'un symptôme particulier du malade, que de la rupture du système d'échange unissant malade et collectif soignant :

A ce titre, les facteurs favorisants sont multiples et variés : on parle du nombre d'infirmières présentes dans le pavillon, du nombre de malades difficiles, de la durée de leur séjour et de leurs troubles du comportement, de la fatigue de l'équipe, de la cohésion des infirmières et du médecin.

Allant plus loin, on dira « le degré de tolérance dépend de l'entente de l'équipe ; bien aidés par le médecin, avec une bonne entente, on supporte même des symptômes graves ».

La motivation profonde du transfert est alors située au niveau de l'équipe qui passe le malade, la notion de crise interne se traduisant par des remarques comme : « l'équipe était partagée... on ne pouvait pas prendre de décision... il n'y avait pas de possibilités d'attitude cohérente... on ne pouvait changer d'attitude du jour au lendemain ».

S'ajoute alors la pression des autres malades pour que le transfert s'effectue : « les autres étaient tous affolés, ça protestait, on n'arrivait plus à contrôler le pavillon ».

« Si le malade arrive à un tel point qu'il nous gêne, c'est qu'il y a 30 autres malades qui en profitent pour s'exprimer beaucoup, et souvent sur un mode agressif ; et leurs reproches ne vont jamais aux malades qui gênent, mais aux infirmières. On se culpabilise toujours de son incapacité... ».

Ainsi se précise cette situation où le fou se met à parler hors du pavillon, « fait du grabuge » « veut ficher le camp », exige, ne dort pas, « les tentatives de suicide n'en finissent pas », face à cette équipe pavillonnaire déséquilibrée, « à bout », prévoyant le drame, (en général la responsable ou les infirmières disent « ça va mal de passer... »,) mais « préférant en crever », car « c'est la grande culpabilité de transférer un malade aux pavillons de traitement. »

Arrivé à un certain seuil de tolérance, l'autorité institutionnelle intervient dans ce processus qui rappelle l'ambivalence de la famille d'un malade mental avant que se déclenche l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

C'est là aussi qu'éclatent les reproches les plus violents envers les pavillons de cure :

« Ils ne proposent pas, voudraient faire un choix de malades, sont soi-disant limités par les places. Ils n'acceptent pas le rôle qu'on leur donne de ramasser les morceaux, les bourdes des autres. Ils contestent la validité du transfert ». Surtout on leur reproche leur incompréhension : « ils ne comprennent pas, sont un peu cavaliers, ont tendance à juger trop vite, ils n'admettent pas les urgences internes, alors qu'ils acceptent les urgences extérieures ».

A ce propos, il faut souligner une nette différence dans l'attitude envers la « clientèle mutualiste », et les malades du secteur géographique péri-hospitalier. En effet, pour ces derniers, il ne semble jamais se poser de problème lors des transferts et des entrées en urgence au A et B.

« Les choses sont un peu différentes » nous dit-on « les gens du secteur, on est obligé de les admettre, on reçoit tout le monde, ce n'est pas comme les mutualistes ».

Si l'absence de problème était favorisé durant cette période par le fait qu'un même médecin adjoint était responsable du secteur et des pavillons A et B, il nous paraît que cette distinction mérite réflexion. Nous y reviendrons.

V. - Un dernier poste reste à envisager : la réaction de l'institution à l'adoption par les deux pavillons, pendant un an, d'une formule d'admission, plus souple, permettant des entrées directes en plus des transferts.

Les réactions sont très diverses, lorsqu'elles existent. Dans près de la moitié des interviews, cet aspect n'est pas envisagé. Quand il l'est, deux ordres de réactions opposées sont observées :

— Tantôt (et c'est surtout le cas du personnel ayant un rôle institutionnel très large : animateur culturel, moniteurs de gymnastique, surveillantes générales), le système est considéré comme un progrès dans la « désaliénation ». Il favorise une perception nettement moins ségrégative de ces pavillons qui reprennent « rang social », ce qui est rassurant pour les autres malades. Les conflits institutionnels concernant les transferts sont considérés comme moins fréquents et moins vifs, le personnel soignant des pavillons plus satisfait.

— Ailleurs (et c'est particulièrement le cas des soignants « fournisseurs » de ces pavillons et de la direction), ce système est bien moins satisfaisant. Il est considéré en effet comme une tentative d'annulation de la spécificité des pavillons, qui « veulent fonctionner com-

me les autres alors qu'ils sont différents ». En perdant leurs caractères spécifiques, voire en revendiquant une autonomie de fonctionnement, ils ne répondent plus aux besoins et donc « ne jouent plus le jeu » de la communauté. Ce refus, occasion pour les uns de se remettre en cause, n'entraîne ailleurs que déception et agressivité.

Nous ne nous étendrons pas sur l'enquête pratiquée dans les pavillons de traitement. Disons simplement qu'elle met en lumière de très violentes tensions entre les deux pavillons, tensions que le reste de l'institution perçoit rarement. Il est certain que des éléments occasionnels intervenaient dans ces tensions (réouverture d'un des deux pavillons accompagné d'un grand désir de remise en cause de sa fonction). Mais il nous semble en réalité retrouver entre les deux pavillons le même clivage ⁽¹⁾ (bon-mauvais pavillon) et les mêmes mécanismes projectifs que ceux observés dans les rapports entre les deux pavillons et le reste de l'institution.

ANALYSE DE LA PERCEPTION DES PAVILLONS DE TRAITEMENT

Nous ne reprendrons pas ici les commentaires faits tout au long de l'enquête. L'expression la plus constante dans tous les entretiens est, nous l'avons vu, celle de l'ambivalence.

Ambivalence globale, concernant tous les aspects de ces pavillons, qu'il s'agisse :

- de leur fonction, valorisée et décriée,
- du mode de travail, proche d'un idéal qu'on ne peut attendre ailleurs, et en même temps pesant et anxiogène,
- des malades et des soignants, envers lesquels on retrouve des attitudes ségrégatives : perception a priori comme identiques ou peu différents, en tout cas distincts du reste de l'institution, voire même recherchant activement cette distinction.

Cette ambivalence vis-à-vis des pavillons de traitement et de leurs méthodes « techniques » ou « autoritaires » nous semble tout à fait superposable aux attitudes décrites par A. LEVY envers les « méthodes

(¹) Au sens Kleinien.

nouvelles » dans son livre « les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique ». Rappelons que c'est au cours de la première année de fonctionnement d'un hôpital psychiatrique ouvert qu'A. LEVY a décrit un certain nombre de mesures adoptées pour réaliser une communauté thérapeutique.

Ces mesures concernent :

1°) L'autorité

- **suppression de différences de statut entre infirmiers** par l'établissement d'un roulement horaire, limitation de l'autorité des surveillants, absence de distinction formelle entre diplômées, élèves, filles de salle...
- **vis-à-vis des malades** : disparition des symboles hiérarchiques (les blouses) repas pris en commun avec les soignants, suppression des moyens de contrôle tels que surveillance, sanctions répressives (camisole, bouclage), limitation de la circulation, fouille des affaires personnelles,
- **parallèlement**, sont favorisés toutes les possibilités de relations de personne à personne.

2°) Mesures concernant les moyens de cloisonnement, dans l'hôpital et avec l'extérieur : les portes sont laissées ouvertes, la mixité généralisée, et les pavillons spécialisés supprimés.

3°) Enfin, le traitement des malades s'oriente vers leur participation active à des réunions, des psychothérapies de groupe, et des activités ergothérapeutiques.

A. LEVY constate que ces mesures entraînent des attitudes ambivalentes. Elles sont éprouvées comme « une bonne chose » mais « qui pose des problèmes ». L'anxiété apparaît alors, liée au caractère **contradictoire** des nouvelles méthodes, simultanément libérales et autoritaires, demi-mesures à caractère idéologique et oppresseur (puisque moralement contraignantes, tendant à réprimer les attitudes considérées comme mauvaises — agressivité, égoïsme, domination —, pour leur en substituer d'autres — bienveillance, altruisme, franchise — et ce, jusqu'à envisager le sacrifice des intérêts de l'infirmier à ceux du malade).

A vouloir traquer de la sorte les « mauvaises pulsions » des soignants dont on exige une adhésion massive à l'idéal du Médecin Chef, la tentative aboutit à leur projection sur certains éléments marginaux de l'institution, accompagnée d'un sentiment diffus de menace extérieure.

Pour A. LEVY, l'anxiété apparue est symptomatique d'un conflit psychologique : en effet, en adoptant ces méthodes, les soignants refu-

sent les moyens de défense que la société oppose à la maladie mentale (répression ou mise à distance), mais non sans accepter de débarrasser la société des malades mentaux. « La menace vient des pulsions que ces méthodes libèrent et qui doivent être l'objet d'un nouveau refoulement de la part des membres de l'hôpital. »

A. LEVY décrit ainsi un certain nombre d'attitudes, reflétant cette anxiété par la recherche de structures stables, de frontières, de cloisons, d'autorité et de contrôle ; parallèlement, apparaît un désir de liens personnels, traduisant « l'aspiration à un idéal, celui d'une communauté d'égaux, étroitement soudée, fondée sur le respect, la compréhension et l'aide mutuelle ».

Il nous a semblé très fructueux d'interpréter dans ce même sens une constatation pratiquement constante au cours de l'enquête : la difficulté de communication, la recherche d'échanges interpersonnels pour lutter contre le flou et la dispersion ; « la communication se fait très mal dans l'institut » revient en leitmotiv. Sans doute faut-il en rapprocher un important changement institutionnel survenu durant la même année : la sectorisation des activités ergothérapeutiques par village, décidée afin d'améliorer « le retour des informations ». Ne s'agissait-il pas en réalité de mieux contrôler un malade rendu trop libre par la multiplicité et la variété des activités offertes ?

De là également proviendrait la valorisation des petits groupes thérapeutiques et du mode de travail des pavillons de cure.

L'ambivalence observée envers les pavillons de traitement peut s'envisager sur deux registres :

— D'une part, dans une perspective psychosociologique, elle nous renvoie à l'idéologie communautaire de l'institution. C'est cette dimension que nous allons aborder à présent.

— Mais le registre sous-jacent des mécanismes inconscients nous paraît essentiel. Nous y reviendrons ultérieurement.

L'ambivalence nous semble absolument liée aux méthodes libérales, base même de l'idéologie communautaire de l'I.M.R. : en même temps que le lieu d'utilisation des techniques médicales, d'ailleurs en voie de dévalorisation, les pavillons de traitement sont en effet le seul endroit de l'institution où l'emploi des méthodes contraignantes est ouvertement admis. Les attitudes autoritaires, le contrôle des malades et de leurs relations, tout ce qui ailleurs dans la communauté serait réprouvé et culpabilisant, reprend ici pleine valeur thérapeutique, devient sécurisant, garantie d'intégrité pour la communauté.

Paradoxalement, pourtant, il faut noter qu'en dehors de la Direction médicale, pratiquement aucun interview ne fait mention de la fonction

« sociale » de ces pavillons. Cette fonction qui pourtant fonde leur statut spécial et conditionne juridiquement l'existence même de l'hôpital psychiatrique ouvert : comme le déclare le Médecin Directeur « lorsqu'on construit un hôpital il ne faut tout de même pas être à la merci d'une inspection générale pour être obligé de fermer l'hôpital sous prétexte que l'on n'a pas suivi la réglementation ». Du même coup s'explique la présence de deux pavillons de 15 au lieu d'un pavillon de 30. La séparation des sexes est une autre réglementation sociale de l'époque.

Certes, cette distinction est décrite comme purement formelle, puisqu'ils ne sont pas réellement fermés en permanence, qu'il existe une mixité effective, que les P.O. et les P.V. n'y sont pas centralisés, mais sont uniformément répartis dans l'institut. Il nous semble pourtant que cet « oubli » dans les interviews relève d'une tentative d'annulation du rôle de protection sociale que tout hôpital psychiatrique assume et en même temps de la **contradiction essentielle** que porte en elle-même toute communauté thérapeutique structurée à partir des modèles anglo-saxons.

Rappelons les quatre thèmes idéologiques fondamentaux de la communauté thérapeutique de l'Henderson Hospital, tels qu'ils sont analysés par le sociologue Rapoport (in « Community as doctor ») et qui se retrouvent dans toute communauté thérapeutique :

- **Démocratisation** : l'opinion de chacun est également prise en considération
- **Permissivité** - haut degré de tolérance à l'égard des passages à l'acte des patients les plus atteints
- **Communauté** d'intention et de buts
- **Confrontation** permanente à la réalité

Cependant, Rapoport note que, pour répondre à la menace d'une désorganisation possible de la communauté, celle-ci peut exiger parfois une suspension du climat de tolérance, la réapparition de l'autorité latente du Staff, une réimposition des limites, et la répression de la déviation.

Dès lors, y préciser la notion de liberté ne nous paraît possible qu'à travers une mise en question du contexte global de l'institution :

— de quelle liberté s'agit-il lorsque le système apparaît garanti par deux catégories d'exclusion ?

a) Une sélection à l'admission, fondée sur des critères professionnels et psychiatriques, dont le but apparent est d'éviter la ségrégation

dans l'institution. Mais cette sélection inaugurale ne va-t-elle pas recréer par elle-même, une « solution » ségrégative aux problèmes de la communauté ? ».

La différence de réaction des soignants envers les malades du secteur géographique non Mutualiste, pour qui il y a rarement de problèmes d'intolérance et de transferts (« les choses sont un peu différentes, ... on est obligé de les admettre, on reçoit tout le monde »), nous semble aller en faveur de notre hypothèse (1).

b) Le Maintien, sous la forme des pavillons de traitement, d'une petite zone fermée qui exclura les facteurs de crise menaçant la communauté.

La fonction de ces pavillons apparaît alors plus clairement :

Il s'agit d'objectiver et de techniciser la relation avec un malade mental, hors de la loi dont la parole et l'action mettent radicalement en question l'ordre dans lequel il vit, pour peu qu'on les considère dans leur contexte, et non pas « faits pathologiques en eux-mêmes ». A ce propos, H. CHAIGNEAU nous rappelle qu'« il n'y a pas de différence entre la question que pose la folie dans un collectif dit psychiatrique, et celle que pose la folie dans la société en général. C'est exactement la même question, chargée de la même angoisse. En réponse à cette question, la tendance naturelle du collectif psychiatrique est de s'équiper techniquement contre cette angoisse ». Là où l'hôpital psychiatrique traditionnel figeait et sclérosait, le « pavillon gadget » apporte une réponse moderne, mécanisme défensif plus élaboré : la « prise en charge intensive » du malade réputé difficile.

Mais ce mécanisme de défense est imparfait puisque, derrière la technique, transparaît l'asile, le dépotoir. La deuxième fonction du pavillon de traitement est alors de servir de lieu de projection des images du « vrai fou », ce qui permet aux autres de se situer comme sains et libres (2). Ainsi est favorisé au niveau de l'institution un mécanisme de projection et de clivage ainsi qu'un besoin de réparation qui perce dans les attitudes surprotectrices des malades et des soignants.

(1) Un autre aspect pourrait intervenir dans l'agressivité diversement exprimé par les soignants envers les mutualistes : le sentiment de perte du contrôle du malade, du fait que le « pouvoir médical » peut être parfois contré par un « pouvoir Administratif et Financier ».

(2) Une telle tentative de déplacement du conflit sur un élément marginal est également signalée par A. LEVY envers les internes, assistantes sociales, psychosociologues. CAUDILL donne un exemple analogue dans des hôpitaux psychiatriques japonais, où les « Tsukisois » (sorte d'aides des malades, qui remplacent barreaux et autres dispositifs de sécurité) tiennent la place des pavillons de traitement.

En dernière analyse, quels que puissent être les progrès apportés par l'utilisation des méthodes libérales, il n'y a pas de différence fondamentale, tant que le motif d'exclusion est la protection de la norme sociale du groupe, entre les types d'exclusion sociale tenus pour caractéristiques de l'asile d'aliénés, et ceux que permettent dans une communauté thérapeutique, l'existence d'un service fermé et la sélection des patients les « plus aptes ». Ces deux éléments entraînent l'exclusion des individus davantage atteints, considérés comme inadmissibles pour le milieu tolérant de l'institution.

De plus, contrairement à la sélection d'entrée, volontiers méconnue, les pavillons de traitement ont l'inconvénient de dévoiler l'acceptable, de rendre manifeste l'ambiguïté de la liberté affirmée par l'institution : nulle liberté sans contrainte, mais cette dernière est devenue insidieuse et latente. Prendre des neuroleptiques, être maintenu en chambre, subir des électrochocs, satisfaire les soignants en observant ses horaires d'activités quotidiennes, toutes contraintes infiltrant un milieu ouvert, car, comme le rappelle BREGGIN, indispensables au maintien de son équilibre. Autrement dit, le danger est grand de recréer un système clos aliénant, où un désir de réadaptation conduirait à proposer, sans même que cela soit clairement perçu par les soignants, un modèle de conduite : « le bon malade » est alors celui qui se laisse soigner et surtout guérir sans rechigner, qui participe aux réunions, aux activités, et en définitive s'aliène totalement dans ce désir du soignant, sous le couvert d'une très grande liberté apparente.

SIVADON et DONIAKOWSKI, dans un article de l'Information psychiatrique (1965) envisagent plutôt la dimension individuelle de « la contrainte sécurisante ». « Il est des cas où le sentiment de sécurité ne peut être obtenu qu'en réduisant toute possibilité de choix, c'est-à-dire en restreignant la liberté du sujet... », cette restriction étant vécue comme rejet ou réassurance, selon l'attitude des soignants.

Mais n'y a-t-il pas là un risque de nier le rôle d'exclusion sociale de cette restriction, et de rapporter à l'individu ce qui peut être défaut dans le fonctionnement collectif. R. GENTIS rappelle dans son pamphlet « les murs de l'Asile », cette tentation du psychiatre :

« S'il est une fonction évidente de la médecine psychiatrique c'est de bien faire accroire que dans notre société, les institutions qui gouvernent le commerce social reposent sur des fondements rationnels, que ces institutions répondent à des besoins de l'homme, qu'elles découlent de la nature humaine, et qu'elles sont ainsi les meilleures possible parce que les plus conformes aux exigences de cette nature. Tout ce qui dans le fonctionnement de ces institutions est conflit, grippement, grincement,

court-circuit, sous produit inopportun, tout ce qui ne va pas comme il faudrait, est immédiatement rapporté à un trouble dans la mécanique de l'individu... Ce n'était qu'affaire purement individuelle, tout va bien par ailleurs, on respire... ».



Bien qu'il n'entre pas dans notre propos de reprendre ici une histoire de la folie, il nous semble utile pour la compréhension de notre enquête et des problèmes posés par la liberté en milieu institutionnel, de rappeler quelques données, que souligne M. FOUCAULT, à qui nous faisons une partie de ces emprunts. « Faire l'histoire de la folie veut dire : faire une histoire structurale de l'ensemble historique — notions, institutions, mesures juridiques et policières, concepts scientifiques — qui tienne captive une folie dont l'état sauvage ne peut jamais être restitué en lui-même ».

On sait comment le XVII^e siècle fut l'âge du « grand renferment », qui durera jusqu'à la rencontre de PINEL et des fous au XIX^e siècle.

L'hôpital général, fondé en 1656, n'a aucune vocation médicale. « Il est une instance de l'ordre, de l'ordre monarchique et bourgeois qui s'organise en France à cette même époque ». En réalité, sa dimension est quasi universelle, qu'il s'agisse des institutions religieuses (les Charités), des maisons de correction allemandes, des workhouses anglais, et des diverses sortes d'hôpitaux-prisons, maisons de force où sont relégués toutes les catégories d'asociaux, et plus généralement tous les oisifs, les chômeurs, les vagabonds sans travail. Nulle orientation médicale dans un système qui va inaugurer son rôle de répression, de protection économique, et assurant en même temps une main d'œuvre à bon marché dans les temps de plein emploi.

Mais, au-delà de ces données économiques, l'internement repose sur une définition morale du fou, en tant que franchissant les frontières de l'ordre bourgeois, et s'aliénant hors des limites sacrées de son éthique, particulièrement en ce qui concerne les valeurs fondamentales du travail. L'hôpital général a donc charge morale, il doit assurer, grâce à son appareil juridique et matériel de répression « l'obligation de travail » et de toutes les valeurs qui lui sont liées.

Ainsi la folie, chose animale, immorale, qu'on ira regarder en famille le dimanche, ne peut être contenu que par un vaste système coercitif.

C'est d'une certaine façon de l'échec même de ce « grand renferment », que va naître dans la deuxième moitié du XVIIIe, un grand mouvement de réforme ; « le mal qu'on avait tenté d'exclure, dans l'internement, réapparaît, pour la plus grande épouvante du public, sous un aspect fantastique », et c'est la grande peur de la contagion, de la corruption morale et physique, se propageant à partir des maisons d'internement. Cette peur va tendre à réduire les impuretés par un internement « stérilisé ». Là non plus, bien sûr, il n'est nullement question de libéralisation, mais toujours d'une notion de rachat éventuel, au prix d'une expiation plus ou moins sadique.

Cependant, déjà au XVIIe siècle, certaines fondations privées, mettant en cause le système répressif antérieur, appliquent un « régime de délassement, promenade, jeux de société, lectures dans un bâtiment de liberté ».

Mais c'est surtout vers la deuxième moitié du XVIIIe que sont prônés pour les malades mentaux « le régime, l'exercice, la liberté, l'occupation à quelque espèce de travail, toutes sortes de distractions, et surtout beaucoup de douceur en leur parlant et dans la manière qu'on emploie auprès d'eux ».

(Philosophie de la Folie, 1791)

Vient ainsi l'époque où l'internement, au lendemain de la **déclaration des droits de l'homme**, n'est pas encore médical, mais se doit d'être la forme d'assistance la plus douce et la plus efficace.

Rappelons brièvement ce qui est maintenant imagerie d'Epinal. Tucke accueillant à « La Retraite » proche de la ville d'York, un jeune maniaque chargé de chaînes, le fait libérer et dîner avec les surveillants ; « le maniaque fut sensible à la douceur de ce traitement. Il promit de se contraindre lui-même ». Pour TUCKE, libération des aliénés, abolition des contraintes, constitution d'un milieu humain conduisent à un asile où le fou redevient sujet libre et responsable, **mais à l'intérieur d'un système moral et religieux** passage d'un monde de la réprobation et de punition, à un univers du jugement.

En France, au début du XIXe siècle, Maxime du CAMP pouvait écrire (cité par R. Bastide) « ce qu'était Bicêtre, à cette époque, on ne peut se le figurer. C'était la renfermerie du Moyen Age dans ce qu'elle avait de plus hideux, c'était à la fois une geole, une maison de correction, un pénitencier, un hôpital ; assassins débauchés, malades, indigents, gâteux vivaient pêle-mêle dans la plus affreuse promiscuité - d'un seul mot, c'était un cloaque ».

Dans ce contexte, le geste de PINEL a une double valeur, philanthropique et morale. En délivrant le fou de ses chaînes, PINEL lui

propose une intériorisation de l'instance judiciaire extérieure, en favorisant d'ailleurs activement la naissance du **remords** par des méthodes physiques (hydrothérapie), autant que par l'action moralisante du médecin. Ce faisant, comme chez les Quakers, on assiste en fait au troc des chaînes du fou, contre les chaînes de la faute, de la honte, du remords et de la culpabilité, par conséquent à une **nouvelle façon d'intégrer** le fou, étranger dont la parole angoissante mettait en question le sens commun.

Rappelons, d'ailleurs, que le malade mental, s'il se trouve ainsi libéré de ses chaînes, reste enfermé dans l'asile « médicalisé », et isolé. En effet, forts de son efficacité dans le traitement des épidémies, PINEL et ESQUIROL préconisent l'isolement « pour soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, l'entourant d'étrangers, changeant toute sa manière de vivre » (ESQUIROL) - (de l'isolement à la ségrégation, la distance est très courte et sera à nouveau vite franchie).

Progressivement se précisent les conditions de soins dans des milieux ouverts où l'on découvre l'efficacité d'un décor normalisant, d'une participation active à la vie en commun. BOUCHET rapporte, en 1848, l'extraordinaire progression du comportement des malades qui participent à la construction de l'hôpital inachevé St-Jacques de Nantes et tente de définir le rôle du personnel soignant, qui nécessite « autre chose que du zèle, autre chose que du dévouement, autre chose que de la fermeté, autre chose que de l'intelligence... »

De différentes tentatives, et particulièrement des efforts de BOUCHET, va naître la loi du 30 juin 1838. On sait de quelle ségrégation une telle loi put devenir le facteur.

Vient alors « l'éclipse anatomo-clinique » des aliénistes entomologistes, qui dans une perspective médicale et objectivante, vont rendre à l'aliéné une dignité de « malade comme les autres ».

Entre 1923 et 1929, paraît l'œuvre de H. SIMON « une thérapeutique active à l'hôpital psychiatrique » qui sera traduite et connue en France vers 1939. Citons, analysés dans la thèse de Mlle Le Guillant, certains passages qui nous paraissent répondre aux préoccupations actuelles de la thérapeutique institutionnelle.

H. SIMON « est convaincu que le comportement des malades à l'hôpital est en grande partie fait d'une symptomatologie de surcharge révélant non la maladie, mais l'évolution de la maladie dans et par une suraliénation asilaire. Dès lors, tout comportement pathologique ne conduit pas à une répression uniforme, ni à une action uniquement individuelle, « il convient de toujours étudier le comportement en

fonction des causes qui, émanant du milieu, ont déclenché l'évènement... Dans ces circonstances, les mesures à prendre ne devront pas agir directement sur le malade perturbateur, mais sur le milieu, sur la cause, tantôt il faudra appliquer des mesures à l'ambiance générale du quartier en question, tantôt à d'autres malades, à la conduite inadéquate du personnel infirmier, à celle du médecin et jusqu'à celle du médecin directeur »...

Ainsi la réaction « pathologique » est toujours le produit d'une relation réciproque entre le malade et le milieu ambiant. Cette notion essentielle va être dès lors reprise par de nombreux auteurs. Cependant, la tentative d'H. SIMON aboutit, comme le note Ph. KOECHLIN, à une thérapie occupationnelle, destinée soit à distraire le malade de ses préoccupations morbides, soit à lui apprendre à avoir un comportement normal, par une sorte de conditionnement tablant sur « une partie saine » de son psychisme. Remarquons enfin qu'H. SIMON met en cause le principe de la liberté à outrance. La liberté est un moyen auxiliaire et ne doit jamais en arriver à se confondre avec le « laisser-faire ». En particulier, H. SIMON recommande une attitude non permissive, sans rejet, ni manifestation d'angoisse revant les troubles du comportement.

A partir de 1940, sous l'influence conjuguée des théories freudiennes, de MARX et des travaux anglo-saxons, influencés par J.L. MORENO, débute simultanément en France, aux Etats-Unis, en Angleterre un large mouvement de rénovation des structures hospitalières, dans lequel les psychiatres « commencent à se préoccuper d'ouvrir l'asile et de soigner les individus atteints de troubles mentaux, non plus comme des hommes retranchés à jamais de la société, mais comme coexistants toujours avec d'autres » (R. BASTIDE).

Parallèlement aux tentatives de Maxwell JONES, CLARCK, etc..., qui débouchent sur la réalisation de communautés thérapeutiques basées sur la résolution des tensions, selon des modèles psycho-sociologiques, va se développer en France le « mouvement de psychothérapie institutionnelle » (ce terme étant pour la première fois employé par DAUMEZON et KOECHLIN, en 1952). Bon nombre de publications, dès lors, vont rendre compte des travaux du groupe de St-Alban, en particulier sous l'impulsion de TOSQUELLES.

L'historique de ce mouvement, qui regroupe en fait de multiples confrontations cliniques et théoriques des psychiatres français, a été repris dans de nombreuses publications (citons simplement l'analyse faite par TOSQUELLES « pédagogie et psychothérapie institutionnelle » et reprise dans la thèse de Poncin). Deux temps successifs peuvent être distingués :

1942-1950 : période de transformation de l'asile traditionnel, institution totalitaire dont GOFFMAN a bien décrit les aspects aliénants, réducteurs, véritable « désert affectif » (RACAMIER) interdisant tout mouvement évolutif, et fonctionnant uniquement comme une instance archaïque (Surmoïque) face aux pulsions libidinales et agressives. Cette période vient prolonger en fait la ligne esquirolienne, à partir du texte de P. BALVET (Montpellier, 1942).

À partir de 1950 environ, une nouvelle question se pose : comment soigner dans l'institution ce malade débarrassé des incrustations asilaires ?

Les voies vont diverger dès lors, très schématiquement entre

- tenants d'une sorte de psychanalyse globale de l'institution par l'institution (groupe de psychothérapie institutionnelle avec TOSQUELLES, AYMÉ, RAPPART, TORRUBIA, etc.)
- défenseurs de l'introduction des méthodes psychothérapiques basées sur la psychanalyse dans l'institution (avec les aménagements qu'elles nécessitent)
- psychiatres à visée plutôt psycho-sociologique et sociothérapique (L'Institut Marcel Rivière en est un exemple)
- Parallèlement enfin, se développe le mouvement de Psychiatrie de Secteur, dont les implications psychanalytiques sont particulièrement envisagées dans les travaux des équipes du XIII^e arrondissement (¹).

☆

☆

☆

Arrivés à ce point de notre étude, nous voudrions aborder à présent une autre voie de recherche, relativement récente, qui se propose de dépasser une contradiction apparemment insoluble dans les tentatives précédentes. En effet, le psychiatre, s'il a pu ouvrir l'hôpital psychiatrique, et y introduire un certain de mesures libérales, reste en réalité, sous la pression de la société, susceptible à tout moment de suspendre ces mesures, et introduit donc, en même temps que la liberté, le paradoxe de cette liberté. Citons, en guise d'introduction, K. MANHEIM : (Ideology and utopia)

« Lorsque le savant se glorifie de ne pas dépasser les limites d'une recherche spécialisée, qui lui sont dictées par les traditions de sa

(¹) Soulignons encore que notre travail ne se veut nullement exhaustif, mais plutôt exploration de différents courants de recherche).

discipline, il élève par là même au rang de vertu, ce qui n'est qu'une défense contre la discussion de ses principes de base ».

Nous décrivons les positions, qui nous semblent parallèles, du groupe de psychiatres anglais (LAING, COOPER, ESTERSON) et l'effort de « négation » poursuivi à l'Hôpital psychiatrique de Gorizia, près de Trieste.

Pour LAING, COOPER et ESTERSON, le psychiatre ne peut abandonner « une hypocrisie confortable et autoprotectrice », qu'en prenant conscience de sa complicité avec la Société, quand il officialise ces actes de relégation sociale que sont diagnostic et hospitalisation en institution psychiatrique.

Leur analyse les conduit à mettre en évidence que « ceux qui sont admis en hôpital psychiatrique le sont, non pas tant parce qu'ils sont malades, que parce qu'ils protestent de manière plus ou moins adéquate contre l'ordre social ». En niant cette dimension, le psychiatre dénature sa relation avec un malade qu'il méconnaît, voir sadise, dans une totale soumission à l'ordre établi, et à son caractère normatif.

Dès lors, seule une position antipsychiatrique est honnête : celle-ci fut adoptée dans l'expérience du « pavillon 21 », pavillon de schizophrènes dans un grand hôpital psychiatrique de la banlieue londonienne. Là, on « ne peut accéder à la réalité du groupe institutionnel qu'à condition de sacrifier ses moyens d'existence, ou de les mettre, à tout le moins, quelque peu en péril ». En effet, une remise en cause des pratiques, qu'il s'agisse des méthodes traditionnelles, des techniques psychothérapiques, analytiques, n'auraient aucune signification, en l'absence d'une remise en cause de l'institution. Citons COOPER : « Ainsi la psychiatrie, dans le rapport qu'elle a institué entre la santé mentale et la folie, se contente-t-elle de sauvegarder ladite santé mentale, en faisant violence à la folie qu'elle prétend guérir par les électro-chocs et autres « traitements ». La psychanalyse elle-même n'est pas à l'abri de tout reproche. Certains psychanalystes ne font pas autre chose que de fonder leur technique sur une idéologie bourgeoise, offrant dès lors pédagogiquement en exemple le « sain d'esprit » « heureux », s'opposant ainsi « au malade mental », c'est-à-dire à celui qui a pour fonction d'occuper la place du fou. Dans cette perspective, il est évident que le fou est bien celui dont nous avons besoin pour pouvoir nous définir comme sains d'esprit.

L'antipsychiatre doit donc abandonner son déguisement de « psychiatre-analyste », et ne peut être efficace que dans la mesure où il peut entendre « au cœur de lui-même » la révolte qui traverse le malade mental, ceci supposant l'abandon de toute fin de réadaptation.

Dès lors, la schizophrénie-maladie disparaît, puisqu'elle était conséquence du système de défense psychiatrique. Par contre, LAING décrit sous le terme de « métanoïa » (mot grec tiré de l'évangile, et qui a le sens de repentir, de regret, mais aussi de conversion, de transformation spirituelle) certaines crises psychotiques aiguës, véritable exploration de soi-même. Analogues aux « voyages au L.S.D. » pour LAING, ces crises sont transformées en schizophrénies chroniques par l'attitude des psychiatres classiques, qui les considèrent comme des maladies et les traitent comme telles. Au contraire, cette psychose aiguë, tolérée jusqu'à son terme dans une perspective antipsychiatrique, est une expérience personnelle très enrichissante, puisqu'elle permet qu'apparaisse le « soi profond et authentique » (inner self), derrière le « faux soi » (false self). D'ailleurs, à la limite, LAING pense que de telles expériences devraient pouvoir être provoquées artificiellement.

Sans doute doit-on rapprocher, de ces réflexions, les contributions fournies par l'ethno-psychiatrie : l'influence exercée par l'attitude de l'entourage est souvent plus importante que celle de la maladie elle-même, et peut à elle seule créer une pathologie des plus graves. (Etudes de Erna Hoch en Indes, Bruno Lenin en Egypte - Louise Aall au Tanganyka).

L'expérience de l'hôpital de Gorizia (Italie) se situe globalement dans la même lignée que celle des antipsychiatres anglais quoique s'orientant plutôt vers l'analyse du processus social d'exclusion de la maladie mentale, dans sa dimension socio-économique.

La démarche de BASAGLIA et ses collaborateurs se base sur le refus de la situation asilaire, présentée comme un **donné**, au lieu de l'être comme un **produit**. En effet, « le premier contact avec la réalité de l'asile d'aliénés a mis en lumière les forces en jeu : l'interné, loin d'apparaître comme un malade, se révèle l'objet d'une violence institutionnelle qui agit à tous les niveaux, chaque contestation de sa part ayant été définie dans le seul cadre de la maladie. Le niveau de dégradation, d'objectivation, d'énéantissement total qu'il présente, est bien moins la pure expression d'un état morbide, que le produit de l'action destructrice d'une institution destinée à protéger les normaux de la folie ».

Dans la société, les préjugés à l'égard de la maladie mentale et du malade mental sont très répandus et profondément enracinés ; en définissant le malade mental comme un être dangereux, la société prépare l'exclusion qui la libère de ses éléments critiques, et vient confirmer le concept de norme qu'elle a établi.

Pour cela, elle délègue à des « techniciens » pouvoir et violence ; de fait, ces administrateurs l'ont accepté, car, « lorsque nous briguons le

pouvoir (les concours de chaire, les postes du médecin chef, la conquête d'une clientèle de bon niveau), nous nous soumettons à l'examen de l'établissement, qui entend ainsi s'assurer que nous sommes en mesure — techniquement — de remplir notre tâche sans heurt, et sans déroger à la norme : il exige en somme, que nous lui garantissions notre appui et notre efficacité technique pour sa défense et sa sauvegarde ».

En contrepartie, la société met le médecin dans une position particulière qui est dénoncée ainsi par un médecin de Gorizia (Dr. Schittar) « Il me paraît évident, du moins dans la pratique courante à laquelle un médecin fraîchement diplômé doit se plier, que la profession médicale se nourrit quotidiennement de mauvaise foi - par définition, le rôle du médecin est celui d'un être « supérieur ». Le médecin est, par définition, cultivé, informé, objectif, bon et désintéressé parce qu'il remplit une mission. Surtout, il possède l'art médical... « Science et conscience », telles sont les qualités qui lui sont inmanquablement reconnues. Malheureusement, elles ne servent en fait qu'à justifier le « pouvoir » que le médecin, malgré tout, conserve dans notre société. Les relations entre médecin et patient sont presque toujours (et absolument toujours dans la pratique mutualiste et les salles d'hôpitaux) des rapports d'autorité ; des rapports qui couvrent et dissimulent parfois des défauts infiniment graves, allant d'une réelle ignorance scientifique, aux innombrables abus que les patients doivent quotidiennement endurer... ».

Ainsi décrit, le psychiatre devient agent de l'objectivation du malade, en transformant une relation interpersonnelle en une catégorisation nosographique : le diagnostic, étiquetage qui aura une double fonction :

- ratification technique de l'exclusion, actualisée par la société selon un procédé très proche de la discrimination radicale
- et jugement de valeur, étroitement dépendant des normes du médecin et de la société, dans lequel vient se condenser l'agressivité du psychiatre à l'encontre d'un malade qui fuit son emprise, et de qui il faut reconnaître qu'il est incompréhensible (¹).

(¹) Certes, le diagnostic psychiatrique, par exemple, s'apparente bien à une réification, en tant qu'il identifie le sujet à tel ou tel de ses expressions, de ses comportements, et le renvoie à une pensée catégorielle, où jouent à plein jugement et bon sens. Soulignons que, par contre, le processus psychanalytique est, en lui-même, « démarche inverse nécessaire à cette expérience elle-même, et qui implique que l'analyste ne se sente lié à aucun schéma découlant d'examen préliminaires. Rien ne doit lui masquer ce qu'il découvre, séance après séance... » Sinon l'analyse risquerait « d'enfermer son patient dans un destin répétitif défini par des concepts nosologiques auxquels il accorderait trop de valeur. Chaque structure peut prendre de multiples formes d'équilibre, en fonction du jeu des investissements objectaux et

Dès lors, l'acte thérapeutique lui-même ne vise qu'à atténuer les réactions de l'exclu envers l'excluant. C'est donc un acte politique d'intégration, dans la mesure où il tend à résorber à un niveau régressif, une crise déjà en cours.

Par ailleurs, les conséquences de la maladie mentale diffèrent selon le type d'approche qu'on instaure avec elle, plutôt que de l'évolution directe de la maladie. Dans une « relation de type aristocratique », le malade libre, ayant un rôle social, fantasmatisé le médecin en tant que dépositaire d'un pouvoir technique. A l'opposé, la « relation institutionnelle » livre l'interné à l'arbitraire du médecin et des infirmières, sans réciprocité, du simple fait qu'il est interné en hôpital psychiatrique.

De plus, dans cette perspective socio-économique, le psychiatre va se heurter, s'il avait le désir de réhabiliter le malade mental, aux résistances d'une société qui n'a aucun intérêt à cette réhabilitation, alors que le problème de l'emploi de ses membres sains n'est pas entièrement résolu.

Ainsi se dessine un processus de libération qui s'est engagé dans la voie du **renversement institutionnel** à Gorizia.

A partir de 1962 sont menées un certain nombre d'actions « révolutionnaires » :

- suppression des moyens de contention (grilles, grillages et cadenas, camisole de force)
- ouverture progressive des pavillons (encore faut-il noter qu'en 1967, deux pavillons restent encore fermés - nous y reviendrons)
- adoption d'un certain nombre de mesures idéologiques dont la « dépsychiatisation » est le leitmotiv :
 - suppression du diagnostic, des rôles et uniformes traditionnels
 - action de négation permanente, visant par tous les moyens à détruire le pouvoir autoritaire, la norme.

Il s'agit en définitive de « vivre dialectiquement les contradictions du réel » (en particulier par des assemblées générales quotidiennes de la communauté), dans un engagement total de tous les membres, en luttant constamment contre la tendance à la « cristallisation des rôles. »

narcissiques, des situations modifiant ces investissements, et les multiples aménagements du sujet, destinés à éviter les situations dangereuses ».

R. DIATKINE

L'abord psychanalytique de l'hystérie
Confrontations psychiatriques n° 1

Pour cela, il importe que le malade ait toujours une alternative, que sa participation personnelle ne consiste pas uniquement à adhérer au schéma proposé, mais puisse remettre en cause toute relation de pouvoir. De la sorte, par exemple, le médecin « quotidiennement contrôlé et contesté par un patient que l'on ne peut ni éloigner, ni ignorer... n'a pas la possibilité de se retrancher dans un espace en quelque sorte aseptique où il peut ignorer les interrogations que la maladie même lui pose ». On conçoit aisément qu'une telle situation puisse être désagréable - difficile et anxiogène pour les soignants. BASAGLIA souligne que « l'anxiété est la seule condition de travail ».

Parallèlement à cette action de négation, une intervention plus directe du psychiatre est posée comme nécessaire : « il sera de plus important de nous efforcer — avant d'édifier autour de lui (le malade mental) un nouvel espace accueillant et humain, dont il a également besoin — de réveiller en lui un sentiment **d'opposition** au pouvoir qui, jusqu'ici, l'a déterminé et institutionnalisé. Par le réveil de ce sentiment, le vide émotionnel dans lequel le malade a vécu durant des années s'emplira de nouveau des forces personnelles de réaction et de conflit, de **l'agressivité**, qui — seule — pourra servir de point d'appui à sa réhabilitation ».

(Il s'agit donc d'aider l'exclu — ici malade mental, ailleurs noir ou colonisé — à secouer par la violence, la condition de ségrégation que lui crée la société, suivant en cela l'exemple de Franz FANON).

Bien sûr, BASAGLIA et ses collaborateurs soulignent les écueils toujours présents dans leur entreprise.

— Le risque est grand d'institutionnalisation du système, aboutissant alors à une communauté thérapeutique de type anglo-saxon, « à visée intégratrice ». Il y aurait alors blocage de la contestation à un niveau de perfectionnisme technique interne, stérile et privé de mordant, qui s'enfermerait dans un perfectionnement de l'assistance psychiatrique. Aussi, les auteurs se défendent toujours de proposer une technique, une méthode de travail plus efficace ou plus positive que d'autres, mais simplement l'élaboration théorique d'une action quotidienne, ne voulant jamais se satisfaire de solutions partielles et définitives.

— La plus grande facilité de la position de négation est soulignée : c'est ainsi que, de 1962 à 1967, deux pavillons resteront fermés. Durant les deux premières années, ils servent encore de lieu de punition ou de menace en cas de troubles du comportement « on a relégué au fur et à mesure dans l'espace fermé les problèmes (réels ou fantasmatisés) qui semblaient menacer le plus gravement la « réussite » de l'opération (d'ouverture) ». Plus tard, ces pavillons sembleront être le lieu de pro-

jection de toutes les représentations asilaires, contre lesquelles les autres luttent activement ; ceci entraînant une très grande résistance à leur ouverture définitive.

Peu de temps avant cette libéralisation, BASAGLIA déclare : « Le gros problème surgira quand tous les services seront ouverts : il y aura alors de nouveaux problèmes et ce ne sera plus le moment de la négation. Jusqu'à l'ouverture du dernier service, nous serons toujours dans une phase de négation ; quand l'hôpital sera entièrement ouvert, il s'agira de construire sur la négation et ce sera le plus gros problème... la réalité sera vraiment à l'extérieur ; à moins que nous ne fassions, par peur ou anxiété, un retour en arrière et ne transformions tout l'hôpital en un grand service fermé... Nous ferions de l'hôpital un grand institut libéralisé, régi par certaines normes, par certaines sanctions, et nous penserions avoir résolu le problème ».

Une telle démarche ne peut aboutir qu'à une action beaucoup plus globale, de contestation politique et économique, puisque « violence et exclusion s'expriment de façon plus voilée de la famille à l'école, de la prison à l'hôpital psychiatrique ».

Puisqu'une société à caractère compétitif, fondée sur la différenciation économique et culturelle ne peut que créer en son sein des aires de compensation qui ont une fonction de bouc émissaire, sur qui elle décharge sa propre agressivité pour se défendre de ce qu'elle craint.

Dans cette perspective, il est cohérent de dénoncer les tentatives réformistes actuelles. « La course à la construction du plus bel hôpital, projeté par le meilleur architecte, avec plans d'aménagement les plus sophistiqués, destinés à permettre des services sanitaires parfaits - ce serait là un programme merveilleux, s'il ne coïncidait en fin de compte avec la tentative de refuser encore l'angoisse qui accompagne la prise de conscience des contradictions sociales ». Ce qui importe, c'est que « l'importun vive sa propre vie, même si elle est différente et lointaine de la nôtre » ; donc « le malade mental doit rester parmi nous dans nos maisons, pour mêler sa problématique à notre vie sociale... ce n'est que lorsque le problème du malade mental sera ressenti par tout le monde, que la société sera obligée de s'imposer des solutions réelles pour faire face à sa présence gênante ».

Il y a certainement, à travers ces positions anti-psychiatriques que nous avons longuement développées à dessein, car elles sont dans la ligne des bouleversements socio-politiques que nous vivons, « une leçon et une invitation à l'autocritique », comme le font remarquer J.L. FAURE et ORTIGUES ; autocritique que devrait effectuer tout psychiatre, tant il

est vrai que l'abord du malade mental peut déclencher en chacun de nous une réaction défensive, dont la forme sera des plus insidieuses. Quoi de plus attirant alors, que le moule offert par la société, pour nous protéger et nous barricader contre cette vérité qui parle aussi en nous. Autocritique enfin, qui nous rappelle constamment le risque de forclusion de la **dimension politique** que peut entraîner un certain pragmatisme psychiatrique.

Il nous apparaît, cependant, que ce désir généreux et idéaliste d'être « au côté du fou » mérite réflexion. BASAGLIA et ses collaborateurs soulignent d'ailleurs eux-mêmes le danger de leur entreprise. « En renversant du négatif au positif l'image du système coercitif autoritaire du vieil asile d'aliénés, nous risquons de combler notre sentiment de culpabilité à l'égard des malades, sous l'effet d'une impulsion humanitaire qui ne ferait que brouiller de nouveau les données du problème ». En effet, le psychiatre se découvre ainsi bonne conscience. Il a rendu clair le problème angoissant de la folie : seule la société en est responsable et doit être transformée, au besoin par l'engagement politique ou révolutionnaire (comme le fit F. FANON). Mais cette bonne conscience ne risque-t-elle pas d'être un masque derrière lequel se jouerait, à l'abri de l'engagement politique, la problématique du psychiatre ? On risque, en effet, de méconnaître « les motivations du psychiatre en la matière, de sa culpabilité à rester du « bon côté » et à tirer son épingle du jeu, voire de son agressivité inconsciente qu'il s'agit d'annuler en s'identifiant à l'agressé (là où peut-être le psychiatre de tradition, s'identifierait à l'agresseur) en tout cas de son malaise en toute relation de pouvoir, ici négativée par l'engagement » (FAURE, ORTIGUES). Peut-être y aura-t-il là également, la tentation inconsciente de se mettre à l'abri de l'agressivité du malade mental en s'identifiant à lui.

C'est en effet refuser le pouvoir que dire - tout est pareil et tout doit être traité pareillement, pour aboutir en quelque sorte à la réalisation d'un grand désir imaginaire de fusion fraternelle. Or, comme le font remarquer M. et J. POSTEL, il paraît illusoire de vouloir escamoter le problème du pouvoir grâce à l'engagement antipsychiatrique. Il y a certes un fossé entre l'hôpital psychiatrique traditionnel, institution totalitaire où le pouvoir est manifestement exercé de façon répressive par médecins et administration, et les institutions psychiatriques modernes. Mais n'apparaît-il pas constamment une autre instance dépositaire de ce même pouvoir, qui pourra être subtilement exercé à l'abri d'une prétendue neutralité non directive. Imaginerait-on une communauté thérapeutique entièrement autogérée, le pouvoir n'en serait pas pour autant absent. BASAGLIA pose d'ailleurs le problème d'une telle communauté : pour lui, le risque serait que « la base » n'introjecte la nécessité de maintenir une communauté en tant que communauté efficiente, et

ne finesse alors par introjecter l'exigence du pouvoir ; dès lors, il n'y aurait eu que « délégation d'une mystification ». La seule solution serait de maintenir en permanence un état de crise, par une attitude de contestation qui fasse, à tout moment, risquer la désagrégation de l'institution.

FAURE remarque encore, à propos du refus de certains psychiatres à assurer le pouvoir, qu'on aboutit à une véritable négation de leur fonction pour maintenir leur bonne conscience à tout prix : « à s'identifier seulement à l'agressé, à nier son propre sadisme, et à le déplacer défensivement sur la société comme objet haï... le psychiatre n'aurait effectivement plus de place de psychiatre et en reviendrait à une position religieuse de don et de bonté ».

En tout cas, le risque nous paraît grand, de manipulation du malade mental, redevenant objet utilisé par le psychiatre transformé en pur contestataire social, et l'isolant comme bouc émissaire du système social, alors qu'il en existe bien d'autres, et que le système de l'exclusion peut jouer à tous les niveaux de la société. A devenir position idéologique, le mouvement antipsychiatrique ne devient-il pas également contestation néoromantique ou socialisme utopique ?

Un deuxième ordre d'objection nous paraît soulevé par les positions anti-psychiatriques, en ce qui concerne leur **conception même de la folie**. Citons BASAGLIA : le malade souffre d'un processus d'exclusion à deux niveaux constamment interrégissants, l'exclusion du réel effectué par lui quand il se réfugie dans un monde psychotique, et l'exclusion dont il fait l'objet de la part de la société qui le refuse ».

Si ce double registre est effectivement signalé, il nous semble que les auteurs de l'antipsychiatrie négligent volontiers le premier niveau, pour rechercher dans une modification de la société et de la réalité, une solution aux problèmes de la folie, négligeant ce faisant le registre imaginaire et symbolique ⁽¹⁾.

Avec FEDIDA, nous pensons qu'il serait « illusoire et dangereux de méconnaître la complexité et la résistance des traits de la maladie ». Le véritable paradoxe réside en nous-même, s'affirme comme **pouvoir de l'inconscient**, et il est illusoire de tendre à « normaliser » le malade, ou à « relativiser » sa pathologie. En réalité, la voie ouverte à toute interrogation de l'homme sur sa folie, passe par la découverte de la « problématique de l'être », redécouverte du paradoxe de sa propre

(1) Tout se passerait, à la limite, comme si l'aliéné choisissait « consciemment » de s'exclure du réel pour se réfugier dans la psychose.

compréhension, de son propre sens commun, pouvoir d'une lecture à double sens, bref abandon de la résistance à l'écoute de l'inconscient.

Ne débouche-t-on pas sur une impasse, quand une conception culturaliste et dégradée de l'aliénation mentale, vient la confondre avec l'aliénation sociale, en attribuant à la société, ce qui, primitivement, résulte de conflits intrapsychiques. Il est net alors que cette impasse est étrangement parallèle à celle que dénonçait BONAFFE à propos de la rénovation des hôpitaux psychiatriques, lorsqu'il parlait des « néosociétés » psychiatriques qui tentaient de faire reprendre pied dans le réel au malade empêtré dans ces phantasmes ; l'idéologie révolutionnaire antipsychiatrique, si légitime que soit le désir de modifier les structures sociales, ne devient-elle pas le pendant de l'idéologie « orthopédique » et activiste qui sous-tendait l'action des premiers réformateurs institutionnels en France ?

En réalité, aliénation mentale et aliénation sociale sont en permanence dans un rapport dialectique, mais il ne peut être question de réduire l'aliénation à l'un ou l'autre versant de façon exclusive.

Il nous semble que la solution ne réside pas dans l'organisation d'une « clinique d'activités » programmant la journée du malade dans une perspective illusoire de réadaptation, où les soignants ont pour fonction de recueillir des informations afin que rien ne se perde, quand ils ne sont pas surtout préoccupés, comme c'est le cas des communautés thérapeutiques, des problèmes de communications, de rapports interhumains ou de la vague et bien mystique notion d'un « groupe qui marche bien ».

Mais la réponse ne se trouve pas plus, à ce qu'il nous paraît, dans une position radicale d'engagement socio-politique, qui en vient à nier la spécificité de la maladie mentale.

En effet, TOSQUELLES le rappelle : « être aliéné c'est être hors de soi, hors du sujet, ne pas être sujet, ne pas avoir la place et la parole où et par laquelle le sujet se manifeste en se créant et se crée en se manifestant dans la chaîne symbolique, ou plutôt dans la structure du signifiant ».

S'il ne s'agit pas de nier le problème que pose au psychiatre la demande sociale de production, de protection et de réadaptation, il nous faut insister sur le fait que l'aliénation réside autant dans la difficulté propre au malade à se reconnaître sujet (donc à sa problématique inconsciente) que dans l'inexistence dans la structure sociale elle-même, d'un système de médiation désaliénante lui permettant de réexpérimenter ses propres structures d'échec. C'est cette dernière fonction que doit pouvoir assurer une institution psychiatrique réellement « ouverte ».

Citons Y. RACINE : l'hôpital est « la marque de l'échec pour le malade et son entourage familial ou professionnel, de résoudre le conflit surgi entre eux, à propos des symptômes prohibés par le milieu. Le milieu ne tolère en effet qu'un nombre relativement restreint de symptômes, interdisant les autres, qui sont considérés comme incompatibles avec le fonctionnement harmonieux du groupe, en mettant en danger la cohésion, ou l'existence même du groupe ou de la société ».

Or, poursuit RACINE, ce conflit entre le malade et son milieu n'est bien souvent que le reflet ou le symptôme de la tentative malheureuse du sujet malade, de résoudre en le déplaçant, pour ainsi dire en le projetant partiellement, un déséquilibre interne coûteux entre pulsions et défenses. Le refus ou l'impossibilité de l'entourage de se modeler au gré de ce compromis pour le compenser, conduit au surgissement du conflit. Il va de soi qu'inversement, le surgissement des symptômes chez un sujet peut n'être que l'impossibilité pour ce dernier, d'assumer la place et le rôle compensateur qui lui assigne son groupe de vie. L'hospitalisation constitue l'acte par lequel s'effectue le déplacement, dans le but évident de défense de la société, d'un conflit insoluble par les procédures conscientes ou inconscientes habituellement en usage.

De nombreux travaux ont décrit comment l'automatisme de compulsion-répétition conduit le psychotique à réaménager en institution le jeu de ses investissements, transferts, identifications et projections. De même que lors d'une psychothérapie individuelle, vont se mettre en acte ses mouvements pulsionnels, sans tenir compte de la situation réelle, autrement que comme support symbolique.

RACAMIER (in « Sociopathologie des schizophrènes hospitalisés ») appelle « phénomène de résonance » la reproduction en miroir, au niveau de l'équipe soignante, de l'image du propre déchirement interne du schizophrène. Il souligne que, constamment, le conflit caché qui oppose les soignants répond au conflit inconscient du malade. Insistons particulièrement sur la remarque, déjà faite par STANTON et SCHWARZ et reprise par RACAMIER, que c'est en règle autour du problème des **restrictions de discipline** et des attitudes de bienveillance, tolérance particulière que se situe le conflit manifeste.

A partir de là, s'établit un cercle vicieux, responsable d'une aggravation de ses symptômes et d'une discordance de son comportement « qui ne cèdent, mais très rapidement, qu'au moment où le conflit dont il est l'objet parvient à résolution par effacement d'un des antagonistes, ou mieux par dévoilement mutuel de leur désaccord et adoption d'un point de vue commun ».

En effet, si lors de la psychanalyse d'un névrosé, l'objet des investissements successifs et des phantasmes est le thérapeute, les trans-

fets latéraux voire acting out pouvant être négligés, il en va différemment du psychotique en situation institutionnelle : dans cette situation spécifique où l'agi prend autant d'importance que le discours, le mode d'organisation particulier du psychotique, son transfert massif, morcelé, fractionné, l'importance des phénomènes projectifs et de clivage peuvent impliquer très rapidement la totalité du milieu soignant.

Face à ces projections, l'entourage va répondre par des contre attitudes, d'ailleurs plus volontiers agies que verbalisées, et qui risquent d'entraîner l'organisation de « processus symbiotiques » (FOUDRAINE) « les malades régressant (par exemple) dans un rôle passif, dépendant, répondant inconsciemment au désir du soignant (c'est-à-dire d'être sain, responsable, protecteur...) ceci apparaît dans la peur du malade de grandir, événement vécu comme le risque de désintégration de cette mère qui ne peut vivre sans eux ».

FOUDRAINE rapporte entre autres, le cas d'une schizophrène dont l'analyse stagne, et qui reste accrochée à des comportements régressifs. Or, son infirmière préférée, habituée à la mater, accueille ainsi ses progrès : « Sandra me disait certaines fois « maman ne me faisait pas cela » et ainsi je savais que j'avais quelqu'un comme raison de vivre et de m'en occuper. Maintenant je vais la perdre, elle va grandir ».

(Sans doute doit-on rapprocher cet exemple des violentes discussions du groupe de Sèvres (1958) sur les difficultés du rôle psychothérapique des infirmières, une implication personnelle sans formation ni supervision suffisante récrant pour certains de « nouvelles mères de schizophrènes »).

WESSELIUS rapporte également un certain nombre d'observations de reconstruction pathologique dans l'environnement du malade. Ce dernier dont le symptôme, si insatisfaisant soit-il, est tout de même un moyen d'aménager un conflit inconscient, découvre à l'hôpital un milieu disposé à accepter ses actes, son discours, mais aussi « suffisamment fragmenté et séparé pour que l'équipe ne soit pas consciente du fait que le patient a réalisé une reduplication de son entourage extérieur ». Dès lors, une fois contaminé par cette réponse contre transférentielle, le milieu perd une partie de son efficacité thérapeutique et contribue à la continuation, ou à l'exacerbation périodique des troubles, quand il ne les fixe pas dans une organisation immuable. WESSELIUS fait encore remarquer qu'à accepter ces explosions symptomatiques comme partie intrinsèque de la maladie, « nous sommes comme les praticiens néo-épiques qui, voyant la suppuration si souvent associée aux blessures, et ne comprenant pas la nature du phénomène, acceptaient la présence des plaies comme inévitable et même avantageuse. »

Ces travaux nous confirment l'importance d'une compréhension correcte des transferts de malades que nous avons décrits dans notre enquête à l'I.M.R.

En effet, nous avons jusque-là surtout souligné l'aspect d'exclusion sociale qu'ils réalisent. Mais ces transferts renvoient constamment à l'autre transfert, au sens psychanalytique cette fois. D'ailleurs, les difficultés évoquées par les soignants concernaient pratiquement toujours des patients ayant séjourné un temps suffisant dans l'institution pour y avoir déjà noué leur problématique transférentielle.

Dès lors, la culpabilité des soignants concernant ces passages de malades, qui semblait, au premier abord, liée à un sentiment d'incapacité professionnelle ou d'échec dans l'identification à l'idéal collectif de liberté et permissivité, prend également un autre sens, en ce qu'elle renvoie aux attitudes contre-transférentielles des soignants. (Cette dimension contre-transférentielle voire de passage à l'acte était d'ailleurs plus ou moins confusément perçue par la plupart des soignants, et s'exprimait sur deux registres :

— tantôt sous forme de culpabilité « ce qui me culpabiliserait, ce serait d'être contente du transfert... » (autrement dit d'aboutir à la satisfaction de mes désirs agressifs contre-transférentiels) ;

— tantôt sous forme projective, « on est accusé de contre-transfert dès que l'on veut passer un malade... les équipes du A et B jugent et critiquent le bien fondé du transfert »).

Les conflits d'équipe précédant en règle ces passages, sont symptomatiques de telles contre-attitudes, par lesquelles les « acteurs-soignants » devenus lieu de projection des conflits du patient, se mettent à jouer entre eux, sous ses yeux et avec son aide, sa problématique inconsciente telle qu'elle se répète dans le transfert institutionnel.

C'est encore insister sur la nécessité d'une analyse permanente du milieu, pour éviter le risque (R. GENTIS) « d'équipes cantonnées dans leur secteur d'activité, et se passant le malade suivant une savante stratégie, à la manière dont les joueurs de rugby se passent leur objet ovale ».

Si la majorité des psychiatres institutionnels s'accordent à reconnaître l'importance de ces phénomènes inconscients, pour dépasser « le gardiennage institutionnel plus ou moins luxueux plus ou moins passif, stabilisé et stabilisateur, plus ou moins instable et actif, plus ou moins ouvert, fermé ou expéditif » (TOSQUELLES), par contre, les désaccords, tant théoriques que pratiques, restent profonds entre les défenseurs d'une « psychanalyse institutionnelle globale » et ceux de la psychanalyse dans l'institution.

Pour le groupe français de psychothérapie institutionnelle, il s'agit de réaliser une psychothérapie analytique institutionnelle, permettant au « malade de s'instaurer comme sujet de l'ensemble des interrelations sociales qui constituent la structure symbolique du signifiant, et ce par une remise en question permanente de la praxis quotidienne afin d'y déjouer à tout moment les pressions aliénantes » (TOSQUELLES) « les ruptures de communication, les processus de forclusion, tout ce qui fait que la rencontre est factice et devient en quelque sorte une leurre » (TORRUBIA).

— Dans une telle institution, la problématique du malade va se tisser dans le milieu concret de vie « monde de relation symbolique » qui, afin de retrouver valeur structurante pour le sujet, doit permettre, non pas une simple juxtaposition d'activités variées, mais un circuit d'échanges à tous les niveaux, ordonnancé par une armature symbolique. « Il s'agit donc d'un ordre humain où les lois n'existent que comme l'expression d'un ordre symbolique — le signifiant — dont l'origine semble être l'échange : clé de voûte de toute description ethnographique - un événement individuel apparaît alors pris dans une chaîne de causalité dont l'entrecroisement avec d'autres chaînes constitue la trame de la vie quotidienne » (OURY). Pour ce groupe, le travail désaliénant consiste en une analyse permanente de l'ensemble signifiant hospitalier », notamment quant aux attitudes contre-transférentielles ⁽¹⁾, ce qui apparaît autrement plus délicat qu'en thérapie individuelle. Ainsi pourrait-on prévoir une certaine « stratégie psychothérapique », et donc « l'intervention adéquate, qui pourra être strictement psychanalytique, relationnelle ou de simple conseil technique ».

Notons que l'ensemble de cette pratique est fondée sur des concepts de structuralisme anthropologique et linguistique au demeurant complexes, ne répondant que partiellement à la pratique institutionnelle et d'expression souvent peu claire.

La conception de la **psychanalyse en institution** ⁽²⁾ paraît toute différente pour un certain nombre de psychanalystes qui, s'ils consi-

⁽¹⁾ Le terme est pris ici dans son sens large, tel qu'il est décrit par CHANOIT (Revue de psychothérapie institutionnelle, n° 1) à partir du rapport de BOFFIL et FOLCH-MATHEU, Barcelone 1962).

⁽²⁾ Depuis la rédaction de ce travail, est paru l'ouvrage de P.C. RACAMIER, LEBOVICI, DIATKINE, PAUMELLE « Le psychanalyste sans divan » qui reprend de façon très vivante et variée les différents problèmes de la psychanalyse en institution, à travers une analyse historique, bibliographique, un certain nombre d'exemples cliniques et une tentative de formulation théorique de technique institutionnelle. Nous ne pouvons faire à présent l'analyse d'un ouvrage dont la densité nécessiterait de longs développements. Soulignons simplement que les auteurs se posent d'emblée comme ayant, avant tout, à répondre à la demande que formulent à leur

dèrent que l'institution doit être envisagée dans son ensemble sous un angle psychanalytique, restreignent la pratique analytique à un certain nombre de cures et de psychothérapies individuelles ou de groupe, pour en éviter la dénaturation.

RACLOT et D. BRAUNSCHWEIG, lors de la 12^e journée annuelle de la Société de psychothérapie de groupe, rappelaient deux ordres de problèmes soulevés :

- * Qu'attend le psychanalyste de l'institution et dans quel sens orienter celle-ci ?
- * Quels sont les effets de l'analyse sur cette institution ?

* Il nous apparaît que, d'une part, le désir du psychanalyste par rapport à l'institution est orienté vers la recherche des conditions les plus favorables à la poursuite de la cure analytique de certains psychotiques. La fréquence des passages à l'acte compromettant celle-ci, leur négation de la réalité, la massivité du transfert (véritable « transfert du ça ») conduisent assez souvent les psychotiques à une hospitalisation durant leur analyse. L'important est alors d'éviter les résistances à la cure par interférence de phénomènes institutionnels :

- c'est ainsi que le clivage du transfert peut conduire aux contre-attitudes gênantes que nous avons vues
- de plus, l'institution peut même favoriser les résistances, par opposition inconsciente à l'analyse en cours.

À l'opposé, le psychotique peut recevoir du groupe institutionnel de fortes gratifications narcissiques, mais qui ne peuvent tenir qu'au prix d'une réparation personnelle.

* Par ailleurs, il faut tenir compte des effets de la psychanalyse sur l'institution. Diverses difficultés sont notées :

- l'émergence de pulsions agressives et sexuelles, tant pour les malades que pour les thérapeutes, la relation duelle devenant en particulier lieu de projection de fantasmes de transgression oedipienne et de scène primitive, et entraînant des contre-attitudes des soignants.

manière les patients, « qu'on les sorte de leur état d'angoisse, de leur dépression ou de leur isolement... », « en un mot qu'on les soigne, qu'on les protège contre certains effets de leur propre psychisme, la protection contre la répression sociale n'étant souvent que secondaire, les réactions de la société se trouvant en partie déterminées par les contradictions internes des patients » (DIATKINE P. 20).

RACAMIER définit de la sorte la ligne générale des auteurs : « leur perspective se situe dans des limites précises, définies d'une part par l'application de la connaissance psychanalytique à la compréhension des relations individuelles au sein des situations de groupe, d'autre part, par la non application directe de la technique psychanalytique au maniement de ces situations (P. 132).

— Ailleurs le psychanalyste peut venir remplacer l'idéal du moi, voire le surmoi de divers soignants, qui projettent sur lui des fantasmes de toute puissance plus ou moins mystérieuse, ce qui aboutit soit à une perte d'assurance et à un désinvestissement des soignants pour leur mode d'action spécifique, soit à un désir compétitif d'être à la place du psychothérapeute ⁽¹⁾.

Ainsi donc, dans cette perspective, une certaine rigueur technique est adoptée, les aménagements visant surtout à favoriser la pratique analytique, grâce à l'écoute et éventuellement le traitement de l'ensemble de l'institution, mais sans que l'on accorde à l'ensemble institutionnel un rôle d'analyse, tel qu'il apparaît dans les travaux de TOSQUELLES, OURY et leurs collaborateurs ⁽²⁾.



Comment, à partir de ces différentes données, peut-on envisager le problème de la liberté en institution psychiatrique ouverte, quant à son sens, sa réalité, ses limites ? Deux ordres de faits sont retrouvés historiquement :

— Tout d'abord il est indiscutable que les structures asilaires traditionnelles étaient responsables de nombreux symptômes spécifiques de suraliénation, d'un assèchement affectif et relationnel, et offraient une résistance quasi absolue au dévoilement de l'inconscient et à la libre parole. Nous ne reviendrons pas sur les très nombreux textes qui s'y rapportent (LE GUILLANT, RACAMIER, TOSQUELLES, SCHWARTZ et STANTON, SNOW et bien d'autres...).

Tous conviennent que la liberté est un élément fondamental d'un ensemble de mesures, au minimum humanitaires, qui ont permis de faire la part de ce qui, dans la décompensation psychotique, tient à l'institution ou à la problématique antérieure de l'individu.

— Pourtant, un autre problème surgit, une fois ces conditions installées, car toute libéralisation, toute humanisation des institutions peuvent ne rien changer au fond du problème. Bien plus, c'est à notre avis, aller à une impasse que de rechercher la liberté comme une fin

Un problème très superposable, apparaît souvent dans les difficultés rencontrées entre psychiatre d'enfant et maîtres d'école).

²⁾ Il reste que l'on pourrait reprocher à cette position de ne pas envisager une remise en question de la pratique analytique et institutionnelle en fonction du contexte social - ce que font les « antipsychiâtres ».

en soi, en vertu d'une conception idéologique **enthousiaste, plus ou moins philanthropique ou moralisante**, selon laquelle le psychiatre en arriverait à se poser en exemple ou en directeur de conscience.

La littérature sur les services ouverts en fournit de nombreux exemples — citons DUNCAN BELL (Lancet, 1954) « une seule porte fermée suffit à vicier tout le principe de l'hôpital ouvert — si un seul patient est enfermé, même quelques heures, ils ont tous des raisons de craindre la contrainte, et le sens de la liberté et de la justice qu'il contient, ne peut survivre ».

Très proche serait une position idéologique politique, aboutissant à la négation de la maladie mentale en tant que problème spécifique. De telles positions relèvent — nous semble-t-il — d'une méconnaissance de leurs motivations inconscientes, qu'il s'agisse du besoin de réparation ou de la culpabilisation d'affects agressifs inconscients (que peut-on découvrir d'ailleurs, derrière le désir de guérir ?) qui fait éprouver comme purement sado-masochique toute intervention contraignante.

— Méconnaissance enfin, et ceci nous paraît essentiel, du fonctionnement intrapsychique et des institutions sociales, du caractère structurant des conflits intrapsychiques, bref « de la portée explosive de la découverte freudienne ».

Le mythe de la liberté pour la liberté, nous évoque les tentatives si décevantes d'éducatrices par des disciples zélés autant que néophytes appliquant les théories analytiques. Par ailleurs, s'il s'agit de se mettre à l'écoute de l'inconscient, un autre mythe a la vie dure dans certains milieux psychiatriques, celui de « l'écoute qui guérit » par une action curative quasi-magique. C'est probablement une telle confusion qui conduit certains psychiatres institutionnels à une position de « neutralité psychothérapique » face à la réalité. A « faire comme si », on risque vite d'oublier que la liberté, comme l'écoute, n'ont de sens que dans une certaine tactique thérapeutique, et que toute psychanalyse nécessite l'adoption de certaines règles.

Il y a certainement danger à laisser s'instaurer une relation avec un psychotique sans se donner les moyens de la poursuivre. Or, l'ambivalence fondamentale de l'investissement d'objet par le psychotique le mène inéluctablement à une recherche de rupture, qui pourra être plus ou moins bruyante, plus ou moins agie, et en tout cas mobilisera massivement les soignants.

Deux aspects nous semblent importants :

— d'une part, le risque de destructuration qu'entraîne la libération sans limites de pulsions agressives - ROSEN (in « Analyse directe ») remarque : « le psychiatre, à ce moment (en cas de conflit agressif)

représente l'autorité parentale — le malade déteste cette autorité et souhaite la mort — mais s'il réussit cette élimination magique de l'autorité parentale, il est lui-même perdu - imaginons un nourrisson qui serait seul dans la jungle au cœur de l'Afrique. Pour le nouveau-né, les choses peuvent fort bien se présenter ainsi, car dans son monde objectal il n'y a encore que lui-même et la mère-sein. Si la mère est détruite, quel sort attend le nourrisson ? Je crois que l'inconscient du nourrisson est capable de comprendre que si sa mère est détruite, il mourra lui-même... En tout cas, mon expérience m'a appris que le psychiatre doit gagner, sinon le patient perdra ».

Ceci conduisait d'ailleurs ROSEN à adopter, le cas échéant, des moyens de contention mécanique (draps roulés ou camisole) qui permettent au malade de « réaliser que son agressivité n'est pas du tout la catastrophe cosmique qu'il avait imaginée », et de découvrir que son thérapeute peut le protéger dans le monde réel (encore faut-il que ce dernier ne méconnaisse pas lui-même ces données du réel). Un deuxième aspect des mécanismes de fonctionnement mental du psychotique concerne leur difficulté, lors de certains mouvements régressifs, à cerner leurs propres limites, l'identification projective entraînant une indistinction entre le moi et l'extérieur et s'accompagnant d'une désorganisation profonde de leur schéma corporel et spatial.

P. SIVADON, dans ses études sur l'espace avait longuement étudié l'aspect restructurant et rassurant des mesures de restriction spatiale. RACAMIER, WODBURY ont également insisté sur le problème du territoire des malades mentaux et étudié l'efficacité des enveloppements corporels (Pack), technique de contrainte à l'origine, devenue à présent moyen relationnel.

Enfin, l'angoisse des soignants ne doit pas être méconnue, car elle risque de faire échec à toute tentative psychothérapique, et doit donc intervenir dans l'évaluation de la stratégie thérapeutique.

Il nous paraît, en définitive, que le problème de la liberté n'est pas fondamentalement différent de celui de toute autre médiation ou technique psychiatrique, y compris l'utilisation de la chimiothérapie. La même question se pose du pouvoir du psychiatre face à son malade et de ses motivations, sociales et inconscientes, à telle ou telle décision thérapeutique.

Ce dont il s'agit n'est pas le maintien à tout prix de la liberté, niant le paradoxe d'une telle position, mais l'analyse permanente de la réponse à donner, fonction :

— des possibilités d'adaptation et d'évolution du patient, en se référant au fonctionnement de ses différentes instances intra-psy-

chiques et en permettant la régression lorsqu'elle est nécessaire, les troubles caractériels ou un comportement pathologique en lui-même signifiant ;

— des possibilité du milieu soignant, dont les contre-attitudes renvoient en réalité autant à la structure sociale de l'institution qu'à leur pathologie personnelle des soignants. ⁽¹⁾

Ainsi pourraient être évitées deux difficultés institutionnelles opposées :

— Soit un **régime interdicteur « surmoïque »** qui interdit toute possibilité évolutive au malade, du fait de l'angoisse des soignants, de leur désir de toute puissance, ou d'une structure sociale rigide qui exclut tout « droit à la folie » ; la soupape d'exclusion sert alors uniquement à protéger le milieu de ceux qui ne sont pas les « bons malades ».

— Soit, à l'opposé, une **attitude hypertolérante**, bien décrite par WOODBURY à Chestnut lodge (l'époque BAYLE COMPTON) : c'est alors le cycle des « dictatrices folles » entraînant l'épuisement des soignants « vidés et pompés à sec ». Une désorganisation des comportements sociaux et une dissolution, souligne WOODBURY, furent à l'origine de passages à l'acte autopunitifs à répétition des patientes. Insistons enfin sur la fréquence du rejet brutal après la passivité des soignants dans un tel contexte.

(¹) RACAMIER et ses collaborateurs, dans leur ouvrage « Psychanalyse sans divan » recommandent le système bifocal psychothérapeute gestionnaire du malade qui leur semble, à condition d'une certaine souplesse, le plus efficace. BALVET et ses collaborateurs avaient d'ailleurs déjà préconisé un tel système dans leur analyse des « perturbations relationnelles dans le cadre de l'hôpital psychiatrique ».

CONCLUSION

L'importance des tensions observées dans le fonctionnement des unités de soins intensifs d'un hôpital psychiatrique ouvert nous a conduit à y pratiquer une enquête par interviews.

L'ambivalence des réponses fut la donnée la plus constante, reflétant la contradiction interne de tout hôpital psychiatrique ouvert, pris entre son désir de permissivité, de liberté et les doubles limites individuelles et sociales qui viennent le barrer : le risque de telles unités est alors de fonctionner comme système d'exclusion, permettant à la communauté de se protéger en cas de crise, grâce à une objectivation médicale du malade mental.

Pour tenter de préciser les divers aspects de la liberté dans un milieu ouvert, nous avons schématiquement rappeler les réponses historiques de la société à la maladie mentale, puis envisagé une première solution au paradoxe de l'ouverture face à la pression aliénante de la société, dans une remise en question radicale des fondements même de la pratique psychiatrique et de la liberté accordée aux fous.

Si instructive que puisse être une telle position contestataire, il nous apparaît cependant qu'elle entraîne une méconnaissance de la dimension inconsciente de la maladie mentale ; de plus, à négliger de questionner son propre désir, le psychiatre ne risquerait-il pas de s'intégrer dans une nouvelle idéologie ?

S'il est certain que le fou, comme le souligne R. BASTIDE, n'est qu'un aspect du système de la folie (puisque la société tend à imposer au psychiatre, définition de la maladie mentale et institutions de soins), nous pensons que reconnaître « le monde de la folie » passe également par une ouverture au discours inconscient du psychotique, à travers les avatars de la problématique transférentielle qu'il vient rejouer dans l'institution. Parce que le paradoxe est au centre de ce discours « le psychiatre peut-il être et parler hors du paradoxe ? » (P. FEDIDA).

Vu, le Président de Thèse
Pr. André BOURGUIGNON

Vu, le Doyen de la Faculté
Pr. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris
R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- AYME - RAPPART TORRUBIA. — Thérapeutique institutionnelle. — E.M.C. 37930 G 10.
- BALVET - BOUCKSIN - BEAUDET et NICOLAS. — Perturbations relationnelles dans le cadre de l'hôpital psychiatrique. — J. Méd. Lyon, 5 av. 1964, n° 1052, 719-729.
- BASAGLIA F. — Institution psychiatrique et société. — Information psychiatrique, sept. 1969.
- BASAGLIA F. — L'exclusion. Programmation et intégration. — Recherches n° 5, juil. 1967.
- BASAGLIA F. — L'institution en négation. — Ed. Seuil (combats), 1969.
- BASTIDE R. — Sociologie des maladies mentales. — Flammarion, 1965.
- BEAUDOIN H.J.L. — Anciens et Modernes. — Annales médico-psychologiques, 1968, 126, 155-184.
- BENOIT J.C. — Etudes et contrôle des troubles du comportement en service libre. — Communication au Congrès des psychiatres et neurologues de langue française, Clermont-Ferrand, 1968.
- BENOIT J.C. — L'hospitalisation psychiatrique en service ouvert. — Semaine Hôp. Paris, 20 oct. 1969, 45, n° 42, 2616-2621.
- BREGGIN P.R. — Contrainte des malades volontaires dans un hôpital ouvert. Arch. Gen. Psych., fév. 1964, 10, n° 2, 173-181 (Bibliogr.).
- CHAIGNEAU H. — Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes. Confrontations psychiatriques, déc. 1968, n° 2, 167-172.
- COOPER D. — Psychiatrie et antipsychiatrie — Londres, Tavistock Pub. 1967, P. 128 (chapitre 5 « Pavillon 21 » traduit par G. Raimbault : les « Temps Modernes », déc. 1967, P. 259).
- COOPER D. — Aliénation mentale et aliénation sociale. — Recherches, N° spécial « Enfance aliénée II », déc. 1968, 48-50.
- DRUCKER H. — Aspects évolutifs de la liberté dans un hôpital psychiatrique à partir de ses comptes moraux et administratifs (Hôpital du Vinatier). — Thèse Lyon, 1965, 44 p., in Lyon méd., 7 août 1966, 98, n° 32, 228.
- FANON F. et ASSELAH S. — Le phénomène de l'agitation en milieu psychiatrique. Considérations générales. Signification psycho-pathologique. — Maroc méd., janv. 1957, n° 380, 21-24.
- FAURE J.L. - ORTIGUES. — Approche de la folie. — Recherches, n° spécial « Enfance aliénée II », déc. 1968, 131-135.
- FOUCAULT M. — Histoire de la Folie. — Plon, Paris, 1961.
- FOUDRAINE J. — Processus symbiotiques entre le personnel et les malades de l'hôpital. — Psychothérapie Psychosom., 1966, 14, n° 4, 237-250 (Bibliogr.) (résumé français).

- FEDIDA P. — Les Bienfaits de la folie, sept. 1969.
- FREUD S. — Psychologie collective et analyse du moi. — Payot, Paris, 1951.
- GENEVIEVE J.M. — Aperçus historiques sur l'aliénation et les techniques thérapeutiques. Quelques témoignages lyonnais. — Thèse Lyon, 1966, 113 p.
- GENTIS TORRUBIA. — Notes sur la psychothérapie institutionnelle en 1968. — Information psychiatrique, fév. 1969, n° 2, 45.
- GENTIS R. — Les murs de l'asile. — Maspéro.
- GOFFMAN E. — Asiles. — Editions de Minuit, Paris, 1968, 447 p.
- HIGOUNENC G. — Un hôpital psychiatrique original - « Le Château de la Verrière ». — Jé. Méd. Bordeaux, mai 1963, 140, n° 5, 721-730.
- HOCHMANN J. — Le malade « indésirable » à l'hôpital psychiatrique. — Cahiers Laënnec, déc. 1968, 28, n° 4, 26-39.
- KOECHLIN P.H. — La psychothérapie institutionnelle. — Revue pratique de psychologie, Vie sociale et Hygiène mentale, 1966, n° 3.
- LE GUILLANT M. — Une approche de la thérapeutique institutionnelle. — Thèse Paris, 1965, n° 681, 155 p.
- LAING R.D. — Metanoia - some experiences at Kingsley Hall, London. — Recherches, n° spécial « Enfance aliénée II », déc. 1968, 51-57.
- LANSEN. — Thérapeutiques de groupe dans une communauté. — Revue de psychothérapie institutionnelle, n° 6.
- LEVY A. — Paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique. — (Epi.) (Bibliogr.).
- MAXWELL Jones. — Social psychiatry - A study of therapeutic communities, London — Tavistock Pub. 1952.
- MICHAUD G. — D.E.S. Philosophie, 1958. — La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes.
- OURY et ZENNER W. — Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la thérapeutique institutionnelle. — Acta psychotherap., 1959, 1, 295-302 (texte français).
- PINSON J. (Mlle). — A propos d'une expérience de psychothérapie institutionnelle. — Thèse Paris, 1968, n° 468, 78 p.
- PONSIN. — Essai d'analyse structurale appliqué à la psychothérapie institutionnelle. — Thèse Nantes, 1963 (Bibliogr.).
- POSTEL M. & J. — L'antipsychiatrie. Mythe ou réalité. — Vie méd., juil.-août 1969.
- RACAMIER et coll. — Le Psychanalyste sans divan. — Payot, Paris (Bibliogr.).
- RACINE Y. — Transfert et défense en psychothérapie institutionnelle. — Revue de psychothérapie institutionnelle, 1965, n° 1.
- RAPOPORT. — Community as doctor. — London, Tavistock Pub. 1960.
- REVUE DE PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE, nos 1-2-3.
- ROLLIN H.R. — Hôpitaux psychiatriques sans barrières. Un paradoxe contemporain. Proc. Roy. Soc. Med., 8 août 1966, 59, n° 8, 701-704.
- RUBIN B. et GOLDBERG A. — Etude de la réalité de l'hôpital psychiatrique ouvert. Arch. Gen. Psych., mars 1963, 8, 269-276, 7 tabl. (Bibliogr.).
- SIVADON - DONIAKOWSKI. — Sécurité sans contrainte et contrainte sécurisante. — Information psychiatrique, 1965, 137-143.
- SIVADON - CHANOIT et coll. — Organismes psychiatriques de la M.G.E.N. — Information psychiatrique, 1967, 627-656.
- SIVADON - CHANOIT - LEROY. — Les thérapeutiques actives à l'hôpital psychiatrique. — Presse thermale et climatique, 2e trimestre 1968, n° 2.

SIVADON. — Espace et comportement.

SIVADON. — La signification de l'espace. — Congrès international sur les aspects sociopathologiques de l'Architecture et de l'urbanisme, Trévisé, 1966.

SMITH C.M. - KAY M.L.L. — Le service ouvert de psychiatrie et ses vicissitudes. — *Am. J. Psych.*, 1965, **121**, n° 8, 763-767 (Bibliogr.).

SNOW. — The open door hospital. — *Psychiatric quarterly*, 1961, **35**, 211-230 - St Lawrence New York State Hospital.

SUTTEL R. — Les excès de la psychiatrie asilaire. — *Information psychiatrique*, oct. 1969, **45**, n° 8, 895-898.

STANTON et SCHWARTZ. — *The mental Hospital*. N.Y. Basic Book, 1954.

TORRUBIA. — Analyseurs et interprétation du transfert en thérapeutique institutionnelle. — *Revue Psychothérapie institutionnelle*, 1965, n° 1.

TOSQUELLES F. — La psychothérapie institutionnelle. Approches théoriques : Revue pratique de psychologie de vie sociale et d'hygiène mentale, 1966, n° 3.

TOSQUELLES F. — Introduction du problème du transfert en psychothérapie institutionnelle. — *Revue de psychothérapie institutionnelle*, 1965, n° 1.

TOSQUELLES F. — Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle. — *Information psychiatrique*, av. 1969, **45**, n° 4, 377-384.

TOSQUELLES F. — *Pédagogie et psychothérapie institutionnelle*, Paris, 1966.

VALLET F. — Genèse du comportement anti-social chez le malade mental interné. *Ann. Méd. Psychol.*, janv. 1958, **116**, n° 1, 48-61.

VERMOREL - VERMORE (Mme) et GROUSSIÉ F. (Mlle). — Evolution de l'hôpital psychiatrique. — *Ann. Méd. Psychol.*, juil. 1958, **2**, n° 2, 348.

WESSELIUS L.F. — Contre-transfert dans le traitement par le milieu. — *Arch. Gen. Psychiatry*, janv. 1968, **18**, n° 1, 47-52 (Bibliogr.).

WOODBURY. — *Information psychiatrique*, déc. 1966, n° 10, n° spécial : l'Equipe thérapeutique.

THE UNLOCKED DOOR. *Lancet*, 1954, **2**, 953-954.

